Trendrapportage GGZ 2012

Deel 3B: Kwaliteit en Effectiviteit

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg

Resultaten van een verkennend onderzoek



2012

Trendrapportage GGZ 2012

Deel 3B: Kwaliteit en effectiviteit

Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg

Resultaten van een verkennend onderzoek

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectuitvoering
Dr. A. Muntingh
Dr. M. Hermens
Dr. G. Franx
Drs. P. van Splunteren
Dr. J. Nuijen

Projectleiding en eindredactie
Dr. J. Nuijen

Met dank aan
Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS
Drs. S. van Dijk; VUmc

Productiebegeleiding
Kathy Oskam

Opmaak en druk
Canon Nederland N.V.

Productie
Canon Nederland N.V.

ISBN: 978-90-5253-742-9

Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1203**.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:
1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

We zijn de huisartsen en andere zorgverleners zeer erkentelijk voor hun deelname aan het onderzoek wat in het voorliggende rapport beschreven wordt. Ook zijn we de reviewers dankbaar voor hun opmerkingen op een eerdere conceptversie van het rapport. De verantwoordelijkheid voor de inhoud rust uitsluitend bij de auteurs.

Inhoudsopgave

Samenvatting **7**

1 Inleiding **13**
1.1 Aanleiding, doel en onderzoeksvragen 13
1.2 Opbouw rapport 14
1.3 Achtergrond 14

2 Methode **21**
2.1 Indicatoren voor wenselijke zorg 21
2.2 Verschillende onderzoeksmethoden 22
2.3 Werving van deelnemers 24
2.4 Analyse 24

3 Resultaten **27**
3.1 Kenmerken van deelnemende huisartsen en praktijken 28
3.2 Wenselijke zorg, werkelijke zorg en beïnvloedende factoren 30
3.3 Verbeterpunten ten aanzien van depressiezorg volgens de zorgverleners 37

4 Samenvatting en beschouwing **41**
4.1 Sterke punten en beperkingen onderzoek 41
4.2 Samenvatting belangrijkste resultaten 42
4.3 Vergelijking met de literatuur 44
4.4 Conclusie 45

Referenties **51**

Bijlagen **57**
Bijlage 1 Uitwerking indicatoren voor wenselijke depressiezorg 57
Bijlage 2 Uitgebreide bespreking van de resultaten over de werkelijke zorg en de beïnvloedende factoren 67
Bijlage 3 De resultaten van de zelfbeoordelingvragenlijst 81
Bijlage 4 Overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren per indicator 85

Samenvatting

1 Inleiding

De overheid streeft naar een sterkere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn die zo veel mogelijk de zorg voor mensen met niet-ernstige psychische problemen op zich neemt. Een sterke eerstelijns-GGZ zou ook beter toegerust moeten zijn om terugvalpreventie en nazorg te bieden, zodat mensen met ernstige(re) psychische problemen na behandeling in de tweedelijns-GGZ sneller terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn. In dit kader is het belangrijk om goed zicht te hebben op de kwaliteit van de verleende psychische zorg in de eerste lijn, en hoe deze verder verbeterd kan worden. Dit rapport levert hier een bijdrage aan.

De focus van het rapport ligt op depressiezorg in de huisartsenpraktijk, omdat depressie een veel voorkomend psychisch probleem is dat veelal behandeld wordt in deze setting. Daarnaast wordt voor depressie de eerste zorgstandaard op het gebied van de GGZ ontwikkeld. Medio 2011 is de concept Zorgstandaard Depressie naar buiten gebracht, waarin de norm beschreven wordt waaraan goede depressiezorg zowel zorginhoudelijk als procesmatig zou moeten voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief. Zorginhoudelijk is de Zorgstandaard grotendeels gebaseerd op de herziene Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie die in 2010 openbaar gemaakt is.

Er is beperkt zicht op hoe de werkelijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk zich verhoudt tot de wenselijke zorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie, en op de beïnvloedende factoren. Aan de hand van een verkennende studie is hier meer zicht op verkregen. De volgende vraagstellingen werden onderzocht:

1. In hoeverre komt de werkelijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk overeen met de wenselijke depressiezorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie, van preventie tot chronische zorg?
2. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren om de wenselijke depressiezorg in de praktijk te verlenen?
3. Wat zijn volgens zorgverleners belangrijke verbeterpunten ten aanzien van depressiezorg?

2 Methode

Deelnemers

Het onderzoek was verkennend en overwegend kwalitatief van aard. Zes huisartsen en 22 andere zorgverleners namen deel aan het onderzoek. De zes praktijken waar de huisartsen werkzaam zijn, zijn verspreid gevestigd over Nederland (regio's noord, midden en zuid). Per regio zijn twee praktijken geselecteerd die varieerden in de organisatorische randvoorwaarden voor het leveren van wenselijke depressiezorg. Bij de drie 'koplopers' moest er ten minste sprake zijn van verschillende disciplines onder één dak en de aanwezig-

heid van een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) of sociaal psychiatrische verpleegkundige (SPV) in de praktijk. De huisartsen van de 'koplopers' bleken vaker meegedaan te hebben aan nascholing en verbeterprojecten rond depressiezorg, en hadden vaker afspraken vastgelegd over samenwerking in de eerste lijn rond depressiezorg dan de huisartsen die werkzaam waren in de drie andere praktijken.

Indicatoren

Op basis van de concept Zorgstandaard Depressie werd een set van 11 proces- en structuurindicatoren samengesteld, zoveel mogelijk op basis van bestaande indicatoren. De indicatoren bestrijken het gehele continuüm van depressiezorg, van vroege onderkenning en geïndiceerde preventie tot en met terugvalpreventie, herstel en participatie. De indicatoren werden verwerkt in semi-gestructureerde interviews – een individueel interview met de huisarts en een groepsinterview met de huisarts samen met andere zorgverleners uit de regio waarmee samengewerkt werd – en in een zelfbeoordelingvragenlijst voor de huisarts. De andere zorgverleners werden op geleide van de huisartsen uitgenodigd voor de groepsinterviews. De gegevens uit de interviews en zelfbeoordelingvragenlijsten werden geanalyseerd om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

3 Resultaten

Onderzoeksvraag 1. Komt de werkelijke zorg overeen met de wenselijke zorg?

De resultaten laten zien dat verschillende onderdelen van de wenselijke depressiezorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie goed aan bod komen in de onderzochte huisartsenpraktijken. De huisartsen zijn alert op signalen van depressie en werken globaal volgens het principe van stepped care: bij lichtere depressies wordt gestart met basisinterventies, activerende begeleiding en/of counseling, pas bij onvoldoende effect worden intensievere interventies ingezet (medicatie en/of psychotherapie).

Echter, een aantal onderdelen van depressiezorg die de concept Zorgstandaard Depressie aanbeveelt lijken minder vaak toegepast te worden:

- De huisartsen hanteren een eenvoudiger ernstindeling van depressie (drie categorieën: depressieve klachten, depressie en complexe depressie).
- Zelfmanagement interventies, e-health interventies, en Problem Solving Treatment (PST) – interventies voor depressieve klachten of lichte depressie – worden weinig aangeboden in de huisartsenpraktijken.
- De huisartsen maken doorgaans geen gebruik van een instrument bij het vaststellen en het monitoren van de ernst van depressieve klachten. Redenen zijn twijfels over de meerwaarde van instrumenten, onbekendheid met instrumenten en tijdgebrek.
- Terugvalpreventie en zorg voor chronische depressie bestaat in de huisartsenpraktijken voornamelijk uit continuering van medicatie en laagfrequente contacten; de huisartsen geven aan niet goed bekend te zijn met beschikbare psychologische interventies.

Daarnaast wijzen de bevindingen er op dat niet voldaan wordt aan verscheidene randvoorwaarden voor ketenzorg bij depressie zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie:

- Sommige huisartsen voeren weinig tot geen overleg met eerstelijns-GGZ-hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor depressieve patiënten.
- Bij geen van de praktijken is er sprake van structurele samenwerking met tweedelijns-GGZ-instellingen en de berichtgeving vanuit de tweede lijn laat vaak te wensen over.

Onderzoeksvraag 2. Wat zijn beïnvloedende factoren?

Bevorderende factoren voor het verlenen van wenselijke zorg die genoemd worden door de huisartsen en de andere geïnterviewde eerstelijns zorgverleners zijn onder meer:

- goede samenwerking met een POH-GGZ en/of eerstelijnspsycholoog in de praktijk;
- regelmatig en laagdrempelig overleg tussen eerstelijns hulpverleners;
- afspraken over indicatiestelling en behandelbeleid;
- goede en tijdige berichtgeving vanuit de tweedelijns-GGZ;
- de bruikbaarheid van een instrument of interventie in de praktijk; en
- prikkels zoals deelname aan een verbeterproject rond depressiezorg.

Factoren die het werken volgens de concept Zorgstandaard Depressie zouden belemmeren, zijn onder andere:

- tevredenheid met de huidige werkwijze;
- onduidelijkheid over de doelgroep van bepaalde interventies;
- onbekendheid met interventies (zoals e-health interventies) of werkwijzen (zoals het monitoren van depressieve symptomen met behulp van een instrument);
- de benodigde investering die van zorgverleners gevraagd wordt (bv. scholing, tijdsinvestering);
- slechte contacten met GGZ-instellingen; en
- verscheidene financiële drempels (o.a. de versobering van de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit de basisverzekering sinds 2012, de financiële onaantrekkelijkheid van de regeling POH-GGZ en het niet financieel stimuleren van samenwerking tussen eerste lijn en tweedelijns-GGZ).

Onderzoeksvraag 3. Wat zijn belangrijke verbeterpunten volgens zorgverleners?

Samenwerking tussen zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgproces voor patiënten met een depressie, wordt door bijna alle huisartsen gezien als een van de belangrijkste verbeterpunten voor hun eigen praktijk. Daarnaast wordt door de huisartsen en/of andere geïnterviewde zorgverleners gepleit voor onder meer:

- meer duidelijkheid over de doelgroepen van e-health interventies, en interventies gericht op terugvalpreventie en chronische depressie;
- meer scholing rond depressie en depressiezorg;
- het stimuleren van zelfmanagement van patiënten door goede voorlichting;
- meer investering in de eerstelijns-GGZ; en
- een betere informatievoorziening door GGZ-instellingen.

4 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat er op een aantal gebieden een kloof bestaat tussen de verleende depressiezorg in de onderzochte huisartsenpraktijken en de wenselijke depressiezorg zoals omschreven in de concept Zorgstandaard Depressie. De bevindingen geven aanknopingspunten voor 1) het verbeteren van de kwaliteit van de depressiezorg in de eerste lijn, 2) de doorontwikkeling van de Zorgstandaard Depressie en 3) toekomstig onderzoek.

Suggesties voor verbetering eerstelijns depressiezorg

Betere inbedding van elementen van de stepped care aanpak

Het gebruik van kortdurende psychologische interventies voor depressieve klachten en lichte depressie, zoals zelfmanagement interventies, e-health interventies en PST kan in de huisartsenpraktijk gestimuleerd worden. Dit geldt ook voor het gebruik van een instrument als hulpmiddel bij het vaststellen van de ernst van depressieve symptomen en het monitoren van het beloop daarvan. Zorgvuldige implementatie van de recent herziene NHG-Standaard Depressie is in dit kader belangrijk. De NHG-Standaard maakt een relatief eenvoudige indeling van depressie in herkenbare patiëntgroepen, en beveelt op basis daarvan een overzichtelijk stepped care behandelaanbod aan. Daarnaast dienen huisartsen voldoende ondersteund te worden door POH's-GGZ. De flexibilisering (verruiming) van de regeling voor de inzet van POH's-GGZ in 2013 – conform de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ – levert hier een bijdrage aan.

Stimuleren van verdere samenwerking binnen de eerste lijn

Afspraken en regelmatig overleg tussen huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners zorgen voor meer gerichte verwijzingen en een gezamenlijk behandelbeleid. Lokale samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ dient gestimuleerd te worden waar dit ontbreekt. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is de beschikbaarheid van een POH-GGZ in de huisartsenpraktijk en de nabijheid van AMW-ers, ELP-en en/of andere aanbieders van kortdurende, generalistische zorg.

Stimuleren van communicatie en samenwerking tussen eerste lijn en tweedelijns-GGZ

Met goede communicatie en samenwerking kan bereikt worden dat personen met een lichte depressie niet (te snel) worden doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ en dat personen na behandeling in de tweede lijn (sneller) terugverwezen worden naar de eerste lijn, ook voor terugvalpreventie of zorg bij chronische depressie. De communicatie tussen de eerste en tweede lijn zou verbeterd kunnen worden door tijdige berichtgeving vanuit de GGZ-instellingen en door het instellen van een vast aanspreekpunt bij GGZ-instellingen voor eerstelijns hulpverleners die een individuele patiënt willen bespreken of een consultvraag hebben. Tot slot zou het kunnen inroepen van een GGZ-specialist voor de diagnostiek of behandelbeleid bij een patiënt met psychische problemen in de huisartsenpraktijk meer gemeengoed moeten worden. In het kader van het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken om de mogelijkheid te onderzoeken om per 2014 de bekos-

tiging van de POH-GGZ module geheel functioneel te maken, zodat het onder meer ook mogelijk wordt om binnen deze module een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog te consulteren.

Suggesties voor de doorontwikkeling van de Zorgstandaard Depressie

De Zorgstandaard Depressie is een document in ontwikkeling. Onder regie van het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) zal worden toegewerkt naar een definitieve versie. Onze bevindingen wijzen erop dat de concept Zorgstandaard Depressie aangepast kan worden om de toepasbaarheid in de eerstelijnszorg te verbeteren. Zo kan in de verdere uitwerking van de Zorgstandaard voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van depressie een duidelijker onderscheid gemaakt worden tussen de eerste lijn ('klachtgerichte en integrale benadering') en specialistische, tweedelijns-GGZ ('stoornisgerichte benadering'). Wat betreft de huisartsenzorg is het zinvol om aan te sluiten bij de recentelijk herziene NHG-Standaard Depressie. Verder ligt het voor de hand dat de Zorgstandaard gaat aansluiten bij de toekomstige ordening van de GGZ zoals vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord. Afgesproken is om naast de huisartsenzorg, een onderscheid te gaan maken tussen generalistische Basis-GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) en gespecialiseerde GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen).

Suggesties voor verder onderzoek

Het onderzoek betrof een verkennende, kwalitatieve studie onder een relatief kleine onderzoekspopulatie (zes huisartsen; 22 andere zorgverleners). Het is daarom aan te bevelen om in vervolgonderzoek na te gaan of de bevindingen representatief zijn voor de Nederlandse huisartsenpraktijk. De gebrekkige communicatie en samenwerking met de tweedelijns-GGZ wijzen op de wenselijkheid om een overzicht te krijgen van goed werkende samenwerkingsinitiatieven tussen de eerste lijn en tweedelijns-GGZ en de rollen van de verschillende zorgaanbieders en partijen hierbij, zodat van goede praktijkvoorbeelden geleerd kan worden hoe de samenwerking tussen de lijnen te verbeteren. Deze informatie is belangrijk voor het realiseren van de voorgenomen andere ordening van de GGZ, waarbij beoogd wordt dat een aanzienlijk deel van de patiënten die nu in de tweedelijns-GGZ worden geholpen, overgenomen gaat worden in een sterke huisartsenzorg en generalistische Basis-GGZ.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding, doel en onderzoeksvragen

Sinds ruim een decennium streeft de overheid ernaar om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn (waaronder huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg) te versterken (VWS, 2011a; NZa, 2011). Een sterke eerstelijns-GGZ kan de zorg voor mensen met niet-ernstige of niet-complexe psychische problemen zoveel mogelijk op zich nemen, zodat in deze gevallen minder een beroep gedaan wordt op de tweedelijns-GGZ. Daarnaast zou een sterke eerstelijns-GGZ ook beter toegerust zijn om terugvalpreventie en nazorg te bieden, waardoor mensen met ernstige(re) psychische problemen na behandeling in de tweedelijns-GGZ sneller en vaker terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn. Door het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ komt de traditionele indeling in eerste- en tweedelijns-GGZ in beweging. In het recentelijk gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 hebben het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en partijen in de GGZ afgesproken toe te werken naar een ordening in de GGZ waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) en specialistische GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen) (Bestuurlijk Akkoord, 2012). Beoogd wordt dat een deel van de patiënten die nu in de tweede lijn geholpen worden, overgedragen kunnen worden naar een sterke huisartsenzorg en generalistische Basis-GGZ.

In dit kader is het belangrijk om goed zicht te hebben op de kwaliteit van de verleende psychische zorg in de eerste lijn, en hoe deze verder verbeterd kan worden. Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek levert hier een bijdrage aan. Daarbij wordt gefocust op depressiezorg in de huisartsenpraktijk, omdat depressie een veel voorkomend psychisch probleem is, dat veelal behandeld wordt in deze setting (Verhaak e.a., 2012). Daarnaast heeft het Ministerie van VWS depressie aangewezen als een aandoening die prioriteit heeft in het gezondheidsbeleid (VWS, 2011b). Bovendien wordt voor depressie de eerste zorgstandaard op het gebied van de GGZ ontwikkeld. Zorgstandaarden beschrijven vanuit het patiëntenperspectief de optimale zorg voor mensen met een bepaalde chronische aandoening inclusief de voorwaarden voor de organisatie (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2012). Medio 2011 is een concepttekst van de Zorgstandaard Depressie naar buiten gebracht (Van de Lindt & Volker, 2011), waarbij zorginhoudelijk grotendeels uitgegaan wordt van de in 2010 openbaar gemaakte herziene Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie. Onder regie van het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) zal worden toegewerkt naar een definitieve versie van de Zorgstandaard.

Er is beperkt zicht op de mate waarin de wenselijke depressiezorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie al dan niet verleend wordt in de eerste lijn. In dit rapport wordt hier aan de hand van een verkennend, voornamelijk kwalitatief onderzoek onder huisartsen en andere zorgverleners meer inzicht in verkregen.
De volgende vraagstellingen staan centraal:

1. In hoeverre komt de huidige, werkelijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk overeen met de wenselijke depressiezorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie – van preventie tot chronische zorg?
2. Wat zijn volgens zorgverleners bevorderende en belemmerende factoren om de wenselijke depressiezorg in de praktijk te verlenen?
3. Wat zijn volgens zorgverleners belangrijke onderdelen van depressiezorg en waar zien zij verbeterpunten?

Op basis van de bevindingen worden suggesties gedaan voor de verbetering van de kwaliteit van depressiezorg in de eerste lijn, voor de verdere doorontwikkeling van de concept Zorgstandaard Depressie, en voor verder onderzoek.

1.2 Opbouw rapport

In het vervolg van deze inleiding wordt achtergrondinformatie gegeven en uitgebreider ingegaan op de aanleiding van het onderzoek. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de toegepaste onderzoeksmethode beschreven. De resultaten worden gepresenteerd in hoofdstuk 3, waarna afgesloten wordt met een samenvatting en beschouwing van de bevindingen (hoofdstuk 4).

1.3 Achtergrond

1.3.1 Depressie

Depressie is één van de meest voorkomende psychische aandoeningen; ongeveer 19% van de Nederlandse bevolking krijgt eens in het leven last van een depressie (De Graaf e.a., 2010). Depressie staat op de vierde plek van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken in Nederland, na coronaire hartziekten, beroertes en angststoornissen (Gommer e.a., 2010). Daarnaast gaat depressie gepaard met hoge maatschappelijke kosten. Zo is recentelijk aangetoond dat depressie de grootste oorzaak is van ziekteverzuim; 8,2% van het totale aantal aan verzuimdagen is te wijten aan depressie (De Graaf e.a., 2011). De zorgkosten voor mensen met een depressie bedragen 966 miljoen euro per jaar, dat is 1,3% van de totale kosten van de gezondheidszorg (Slobbe e.a., 2011).

Het beloop van een depressie verschilt van persoon tot persoon. Bij ongeveer de helft van de mensen klaart een depressie binnen drie maanden vanzelf weer op (Spijker e.a., 2002). Ruim 40% van de mensen die hersteld is van een depressie, maakt echter in de twee decennia daaropvolgend minimaal één nieuwe depressieve episode door

(Hardeveld e.a., 2012). Bij 15 tot 20% van de mensen duurt de depressieve episode langer dan twee jaar (Spijker e.a., 2002) en spreken we van chronische depressie. Vaak hebben mensen met een depressie ook andere aandoeningen, zoals een angststoornis (30%) of een chronische lichamelijke ziekte (53%) (Rhebergen e.a., 2011).

1.3.2 Depressiezorg in de huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk wordt het grootste gedeelte van de zorg voor mensen met depressieve klachten of een depressie verleend. Zo blijkt uit registratiegegevens dat huisartsen in 2010 ruim 80% van de volwassenen (18-64 jaar) bij wie zij depressieve klachten of een depressie gediagnosticeerd hadden, niet doorverwezen binnen de eerste lijn of naar de tweedelijns-GGZ (Veerbeek e.a., 2012).

Huisartsen werken volgens richtlijnen die door hun eigen beroepsgroep zijn opgesteld, de standaarden van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), en proberen zo de kwaliteit van zorg te garanderen. De NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk (Van Marwijk e.a., 2003). Er staan adviezen in voor de herkenning (welke klachten kunnen op een depressie wijzen) en diagnostiek (inclusief DSM-IV[1] criteria van depressie). Daarnaast worden er adviezen gegeven voor de behandeling, bestaande uit voorlichting, begeleiding, medicamenteuze behandeling en/of verwijzing. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat de geboden huisartsenzorg niet altijd overeenstemde met de NHG-Standaard. Zo is gevonden dat minder dan de helft (42%) van de patiënten met een depressie zorg conform de NHG-Standaard ontving (Smolders e.a., 2009). Richtlijnconforme behandeling lijkt sterk samen te hangen met de registratie van de diagnose depressie door de huisarts (Smolders e.a., 2009). Dat wil zeggen dat patiënten die een diagnose depressie krijgen van de huisarts, ook vaak behandeling ontvangen zoals in de richtlijn aanbevolen wordt. Met name lichte tot matige depressies lijken minder goed herkend en behandeld te worden (Joling e.a., 2011; Smolders e.a., 2009). Opgemerkt moet worden dat ten tijde van het schrijven van dit rapport de herziene NHG-Standaard Depressie gepubliceerd is (Van Weel-Baumgarten e.a., 2012). Belangrijke wijzigingen ten opzichte van de oude NHG-Standaard uit 2003 zijn dat de nieuwe richtlijn ook ingaat op het beleid bij depressieve klachten, meer de nadruk legt op het ondersteunen van het zelfmanagement en de eigen verantwoordelijkheid van patiënten, een grotere plaats toekent aan het bieden van kortdurende psychologische behandeling en terughoudender is met het starten met medicamenteuze behandeling.
Naast de NHG-Standaard is ook de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Depressie beschikbaar. Deze richtlijn is bedoeld voor alle disciplines die betrokken zijn bij het zorgproces voor mensen met een depressie, onder wie huisartsen. In 2010 is de eerste revisie van de MDR Depressie openbaar gemaakt (Richtlijnconsortium Nederland, 2010). Een belangrijke verandering ten opzichte van de eerste versie van de MDR Depressie is dat het advies wordt gegeven om stepped care te behandelen op basis van de ernst en duur van de depressieve episode (Spijker e.a., 2010). Dit betekent dat zo mogelijk gestart wordt

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

met een lichte interventie, zoals begeleide zelfhulp, e-health interventies of counseling, en dat zwaardere interventies zoals antidepressiva en psychotherapie zijn voorbehouden aan mensen met ernstiger of langduriger klachten. De behandelalgoritmes in de MDR Depressie gaan uit van de continuïteit van zorg in de eerste en tweede lijn, zogenaamde ketenzorg. De recent herziene NHG-Standaard Depressie (Van Weel-Baumgarten e.a., 2012) is gebaseerd op de MDR Depressie uit 2010.

Er is nog maar weinig onderzoek uitgevoerd naar de mate waarin de aanbevelingen van de MDR Depressie uit 2010 toegepast worden in de huisartsenpraktijk. Eind 2009 – dus vlak voor de publicatie van de richtlijn – werd een enquête uitgevoerd onder huisartsen (Sinnema e.a., 2010). De deelnemende huisartsen gaven aan dat ze patiënten met een depressie vaak al behandelden volgens een stepped care benadering. Dit leek vooral op hoofdlijnen te gelden, want een aantal elementen van de stepped care benadering, zoals aanbevolen in de MDR Depressie, leken nog niet gangbaar te zijn in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Ruim een derde van de huisartsen (37%) stelde de ernst van een nieuw gediagnosticeerde depressie niet vast. Ook gaven de huisartsen aan relatief vaak te starten met antidepressiva bij patiënten met een nieuw vastgestelde depressie (Sinnema e.a., 2010). Ander onderzoek wijst er eveneens op dat in de huisartsenpraktijk verhoudingsgewijs nog weinig gebruikgemaakt wordt kortdurende psychologische interventies (Zwaanswijk & Verhaak, 2009), terwijl er juist relatief veel medicatie wordt voorgeschreven, ook bij de lichte tot matige depressies (Verhaak e.a., 2012; Smolders e.a., 2009; Volkers e.a., 2005; Spies e.a., 2004). Dit is opvallend omdat patiënten veelal de voorkeur geven aan gesprekken boven medicatie (Prins e.a., 2009) en er geen bewijs is voor de effectiviteit van antidepressiva bij milde depressie (Hermens e.a., 2007; Kirsch e.a., 2008).

Het verschijnen van richtlijnen leidt niet automatisch tot toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. Uit onderzoek komt naar voren dat er verschillende bevorderende en belemmerende factoren bestaan die een rol kunnen spelen bij het toepassen van klinische richtlijnen in de praktijk. Deze factoren kunnen ingedeeld worden in kenmerken van de richtlijn, individuele factoren (gerelateerd aan hulpverlener of patiënt), organisatorische factoren en maatschappelijke factoren (Grol & Wensing, 2006). Voorbeelden (geen volledig overzicht) van factoren die betrekking hebben op de huisartsenpraktijk staan weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Voorbeelden van factoren die van invloed zijn op de toepassing van richtlijnen in de eerstelijns-GGZ

	Kenmerken van de richtlijn	Hulpverleners-factoren	Patiënt-factoren	Organisatorische factoren	Maatschappelijke factoren
Belemmerende factoren	Onbekend-heid van de richtlijn[1]	Oneens zijn met de richtlijn-aanbevelingen[2,9]	Laag opleidings-niveau[10]	(Ervaren) tijdsdruk[1,4,5]	Ontbreken van financiering voor werkzaam-heden[8]
	Conflicterende richtlijnen (NHG-Standaard vs. MDR)[1]	Onbekendheid met interventies[8]		Ontbreken van huisarts-vriendelijke instrumenten[5]	
	Ontbreken van een handzaam overzicht[3]	Gebrek aan kennis en vaar-digheden van de hulpverlener om interventies uit te voeren[1,5,8]			
		Meningsver-schillen over de definitie en diagnose van depressie[2,5]			
		Het idee dat de patiënt diagnose en behandeling niet zal accep-teren[5]			
		Richtlijn strookt niet met taakop-vatting[2,7]			
Bevorderende factoren	Aanbevelingen gestoeld op wetenschappelijk bewijs[11]	Vertrouwen in de eigen vaardigheden om depressie te herkennen en te behandelen[4]	Behoefte aan professionele ondersteuning[10]	Aanwezigheid van verschil-lende disciplines binnen gezondheids-centrum[6]	
	Aanbevelingen vereisen weinig aanpassing en scholing[11]	Goede capa-citeit, kennis en kunde van hulpverleners die psychologi-sche interventies aanbieden[5,6]	Goede bereikbaarheid zorgverleners[10]	Hoge mate van samenwerking tussen (eerste-lijns) hulpverle-ners[1,5,6]	

MDR= Multidisciplinaire richtlijn.

[1] *Sinnema e.a., 2010;* [2] *Franx e.a., 2009;* [3] *Sinnema e.a., 2009;* [4] *Smolders e.a., 2010;*
[5] *Van Rijswijk e.a., 2009;* [6] *Licht e.a., 2012;* [7] *Smolders e.a., 2008;* [8] *Zwaanswijk & Verhaak, 2009;*
[9] *Lugtenberg e.a., 2010;* [10] *Prins e.a., 2010;* [11] *Burgers e.a., 2003*

1.3.3 Nieuwe ontwikkelingen

Zorgstandaard Depressie in ontwikkeling

Vanaf september 2009 is begonnen met de ontwikkeling van een Zorgstandaard Depressie, de eerste zorgstandaard die ontwikkeld wordt op het gebied van de GGZ. Een zorgstandaard beschrijft vanuit het patiëntenperspectief de optimale zorg voor mensen met een bepaalde (chronische) aandoening, inclusief de voorwaarden voor de organisatie (de ketenorganisatie) en de bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Een zorgstandaard stelt zo de norm waaraan integrale, multidisciplinaire zorg bij chronisch zieken moet voldoen (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2012). Zorgstandaarden vormen de basis van de programmatische aanpak van chronische ziekten waar de overheid sinds 2008 op inzet (VWS, 2008). De programmatische aanpak stelt de patiënt centraal en zorgt voor een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige herkenning, geïndiceerde preventie, zelfmanagement en zorg (VWS, 2008). Deze benadering betekent een cultuuromslag: zorgverleners zullen meer proactief, patiëntgericht moeten gaan werken en zullen hierbij ook meer moeten samenwerken met andere disciplines (VWS, 2008). Met betrekking tot de somatische zorg zijn er al zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement, COPD en obesitas beschikbaar, en voor verschillende andere lichamelijke aandoeningen zijn zorgstandaarden in ontwikkeling.

De Zorgstandaard Depressie wordt ontwikkeld door leden van verschillende beroepsverenigingen, patiëntorganisaties en kennisinstituten, eerder gecoördineerd door het Trimbos-instituut en vanaf 2012 door het Landelijk Platform GGZ (LPGGz). Zorg-inhoudelijk is de Zorgstandaard Depressie gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. De Zorgstandaard is breder omdat zij ook ingaat op, onder meer, geïndiceerde preventie en zelfmanagement, alsook op de organisatie van de depressiezorg. Medio 2011 is er een concepttekst van de Zorgstandaard gepubliceerd waar diverse organisaties hun goedkeuring aan of nader commentaar op hebben gegeven (Van de Lindt & Volker, 2011).

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014

Sinds ruim een decennium wordt er vanuit de overheid ingezet op het versterken van de GGZ in de eerste lijn (VWS, 2011a; NZa, 2011). De gedachte is dat een sterke eerstelijns-GGZ meer patiënten met lichte tot matige psychische problemen kan opvangen, zodat minder een beroep gedaan hoeft te worden op de tweedelijns-GGZ. Daarnaast zou een sterke eerstelijns-GGZ ook beter toegerust zijn om terugvalpreventie en nazorg te verlenen, waardoor meer mensen na behandeling in de tweedelijns-GGZ terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn.

Aan het begin van deze eeuw is er vanuit het Ministerie van VWS een pakket aan maatregelen genomen om de GGZ in de eerste lijn te versterken (Meijer & Verhaak, 2004; Emmen e.a., 2007; Emmen e.a., 2008). De veelal tijdelijke maatregelen omvatten onder meer het vergroten van de capaciteit aan algemeen maatschappelijk werk (AMW), het bieden van de mogelijkheid aan huisartsen om advies te vragen aan hulpverleners

uit de gespecialiseerde GGZ (veelal een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige; SPV), het subsidiëren van een aantal lokale projecten gericht op een betere samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn en met de tweedelijns-GGZ. Belangrijke maatregelen van meer recente datum zijn onder meer de opname van eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering (sinds 2008) en het introduceren van de functie praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) (eveneens sinds 2008). De POH-GGZ is werkzaam in de huisartsenpraktijk en ondersteunt de huisarts bij het verlenen van psychische zorg. Eind 2011 maakte naar schatting een derde van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ, waarvan de meesten (63%) zijn opgeleid tot SPV.[2] Gemiddeld genomen waren zij 15 uur per week werkzaam in de huisartsenpraktijk.[2]

Door het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ komt de traditionele indeling in eerste- en tweedelijns-GGZ in beweging. Medio 2012 hebben de minister van VWS en vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties een akkoord gesloten over de toekomst van de GGZ. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is afgesproken toe te werken naar een andere echelonnering in de GGZ waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en specialistische GGZ. De huisartsenzorg dient te fungeren als 'toegangspoort' naar de generalistische Basis- en gespecialiseerde GGZ.[3] De generalistische Basis-GGZ zou gericht moeten zijn op de behandeling van patiënten met een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren, en kan geleverd worden door onder meer eerstelijnspsychologen (ELP-en) of aanbieders in de GGZ van anderhalvelijnszorg (bv. Indigo, Prezens en Mentaal Beter). De afspraak is dat per 2014 voor de generalistische Basis-GGZ een uniforme bekostiging wordt ingevoerd op basis van een beperkt aantal zorgzwaarteprestaties (Bestuurlijk Akkoord, 2012). De focus van de gespecialiseerde GGZ zou dienen te liggen op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe psychische stoornissen bij wie de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Wanneer behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet meer nodig is, zouden patiënten terugverwezen moeten worden naar de huisartsenzorg of generalistische Basis-GGZ. Om de huisarts te helpen de toeloop van mensen met psychische klachten beter te organiseren en te begeleiden wordt in 2013 de module POH-GGZ geflexibiliseerd. Ook is afgesproken dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) advies uitbrengt over de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van de module POH-GGZ geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden. Uitgangspunt bij de module is dat deze 'altijd in samenhang met de huisartsenzorg (cq in de huisartsenpraktijk) moet worden aangeboden en ten dienste staan van de huisarts' (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

De afspraken in het Bestuurlijk Akkoord sluiten aan op de afspraken in het Convenant Huisartsenzorg 2012-2013 dat de minster van VWS en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) omstreeks dezelfde tijd sloten (LHV/VWS, 2012).

---

2 Bron: ROS-netwerk

3 Afgesproken is dat verzekeraars in hun polis opnemen dat (generalistische of specialistische) GGZ alleen toegankelijk is op verwijzing.

2 Methode

Samenvatting
Het onderzoek is verkennend en overwegend kwalitatief van aard. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd allereerst een set van indicatoren voor wenselijke depressiezorg samengesteld op basis van de concept Zorgstandaard Depressie. Vervolgens werden er verschillende onderzoeksmethoden toegepast om aan de hand van de indicatoren een indruk te krijgen van hoe de werkelijke depressiezorg zich verhoudt tot de wenselijke depressiezorg, en wat daarbij beïnvloedende factoren zijn. We kozen voor twee typen semigestructureerde interviews: individuele interviews met huisartsen en groepsinterviews met dezelfde huisartsen en andere zorgverleners waarmee zij samenwerkten in de depressiezorg. Daarnaast vulden de huisartsen een zelfbeoordelingvragenlijst in. Er namen zes huisartsen en 22 andere zorgverleners deel aan het onderzoek. De huisartsen waren werkzaam bij verschillende praktijken uit het noorden, midden en zuiden van Nederland en die varieerden in de mate waarin sprake was van organisatorische randvoorwaarden voor het leveren van wenselijke depressiezorg.

2.1 Indicatoren voor wenselijke depressiezorg

De concept Zorgstandaard Depressie (Van de Lindt & Volker, 2011) vormde het uitgangspunt voor de beschrijving van de wenselijke depressiezorg in de eerste lijn. De concepttekst beschrijft de optimale depressiezorg, zowel zorginhoudelijk als procesmatig, gezien vanuit het patiëntenperspectief. Daarbij worden in het zorgproces vijf deelgebieden onderscheiden:

1. Vroege onderkenning en geïndiceerde preventie;
2. Zelfmanagement en e-health interventies;
3. Diagnostiek en behandeling volgens het stepped-care model;
4. Ketenzorg en collaborative care bij terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie;
5. Terugvalpreventie, herstel en participatie.

Op basis van al bestaande landelijke indicatorensets werd door de onderzoekers een selectie gemaakt van indicatoren die de vijf genoemde deelgebieden bestrijken (zie bijlage 1 voor een uitgebreide bespreking). Voor de deelgebieden waarvoor geen bestaande indicatoren beschikbaar waren, ontwikkelden de onderzoekers de indicatoren zelf. De uiteindelijke set telde elf indicatoren (zie tabel 2.1), waarvan zeven bestaande en vier

nieuw ontwikkelde. Het betreffen proces- en structuurindicatoren; niet de uitkomsten van zorg, maar de voorwaarden die wenselijke depressiezorg mogelijk maken kunnen met deze indicatoren gemeten worden.

Tabel 2.1 Indicatoren per deelgebied uit de concept Zorgstandaard Depressie

Indicatoren per deelgebied	Bestaande indicator?
1 Vroege onderkenning en geïndiceerde preventie	
1.1 Gebruik van een screeningslijst bij patiënten bij wie een depressie wordt vermoed	Ja
2 Zelfmanagement en e-health interventies	
2.1 Aanbieden van zelfmanagement en/of e-health interventies aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie	Ja
3 Diagnostiek en behandeling volgens het stepped-care model	
Diagnostiek en ernstbepaling	
3.1 Meten van de ernst van de depressie voorafgaand aan eventuele behandeling	Ja
Toepassen van basisinterventies	
3.2 Aanbieden van voorlichtingsmateriaal aan patiënten met een depressie	Ja
Bieden van stepped care behandeling	
3.3 Aanbieden van eerste stap en kortdurende interventies aan patiënten met een lichte depressie	Nieuw
3.4 Aanbieden van psychotherapie en/of farmacotherapie aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie	Nieuw
3.5 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten met een gevalideerd instrument	Ja
4 Ketenzorg en collaborative care bij terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie	
4.1 Maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie (wie doet wat)	Ja
4.2 Maken van afspraken over terugverwijzing van patiënten uit de tweede lijn	Ja
5 Terugvalpreventie, herstel en participatie	
5.1 Aanbieden van terugvalpreventie	Nieuw
5.2 Aanbieden van structurele begeleiding aan patiënten met een chronische depressie (die zijn terugverwezen uit de tweede lijn)	Nieuw

2.2 Verschillende onderzoeksmethoden

Er werden verschillende, elkaar aanvullende onderzoeksmethoden toegepast om – aan de hand van de indicatoren – zicht te krijgen op hoe de werkelijke depressiezorg in de eerste lijn zich verhoudt tot de wenselijke depressiezorg (onderzoeksvraag 1), en wat daarbij beïnvloedende factoren zijn (onderzoeksvraag 2). Daarbij werd ook onderzocht wat volgens huisartsen en andere zorgverleners belangrijke verbeterpunten zijn voor de huidige depressiezorg (onderzoeksvraag 3).

Omdat het onderzoek in hoofdzaak verkennend van aard was, zijn overwegend kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Er werden a) semigestructureerde individuele interviews gevoerd met de deelnemende huisartsen en b) semigestructureerde

groepsinterviews gehouden met de huisartsen samen met andere lokale zorgverleners uit de eerste en tweede lijn. Naast de interviews werd er een zelfbeoordelingvragenlijst gebaseerd op de indicatoren voorgelegd aan de deelnemende huisartsen. Bovendien werden eventueel beschikbare documenten verzameld over samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners omtrent depressiezorg.

Individueel interview met de huisarts

Op basis van de indicatoren en de tekst van de concept Zorgstandaard Depressie werd een interviewgids opgesteld. In een pilot-interview met een huisartsonderzoeker die niet deelnam aan het onderzoek werd het interview uitgetest en kwamen we tot de definitieve interviewgids.[4] Een van de onderzoekers[5] bezocht de deelnemende huisartsen in hun praktijk. In het interview werd besproken hoe de werkelijke depressiezorg er uit zag, en wat belemmerende en bevorderende factoren waren om te werken zoals in de concept Zorgstandaard Depressie beschreven staat. Het interview duurde ongeveer 60 minuten.

Groepsinterview met huisartsen en lokale zorgverleners

De groepsinterviews werden vooral gebruikt om informatie te verzamelen over de taakverdeling en samenwerking tussen zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgproces voor patiënten met een depressie (deelgebieden 4 en 5, zie tabel 2.1). Elke deelnemende huisarts nodigde voor het groepsinterview andere zorgverleners in de regio uit waarmee hij of zij samenwerkte. Besproken werd hoe de werkelijke depressiezorg eruit ziet, wie wat doet, wat er goed gaat en wat niet, en wat belemmerende en bevorderende factoren zijn om samen te werken met andere disciplines. In de groepsinterviews werd ook specifiek gevraagd naar mogelijke verbeterpunten in de depressiezorg. Op basis van de ervaringen met het eerste groepsinterview werd de definitieve interviewgids vastgesteld.[5] Twee onderzoekers in wisselende samenstelling[6], waarvan één de rol van voorzitter en de ander de rol van secretaris innam, bezochten de regionale groep zorgverleners. De groepsinterviews duurden circa 90 minuten.

Zelfbeoordelingvragenlijst

De gehele set van indicatoren is 'vertaald' naar een vragenlijst die door de deelnemende huisartsen werd ingevuld na afloop van het individuele interview.[5] Deze zelfbeoordelingvragenlijst leverde kwantitatieve gegevens op over de mate waarin de door de huisarts verleende depressiezorg overeenkwam met de wenselijke zorg zoals uitgewerkt in de 11 indicatoren. Daarnaast werden de deelnemende huisartsen gevraagd om uit de indicatoren tweemaal een top drie te selecteren van: a) de indicatoren die betrekking hadden op de huns inziens drie belangrijkste aspecten van depressiezorg in het algemeen; en b) de indicatoren die betrekking hadden op de huns inziens drie belangrijkste verbeterpunten in de eigen praktijk.

---

4 Op te vragen bij de onderzoekers.
5 A. Muntingh.
6 P. van Splunteren, J. Nuijen, M. Hermens en A. Muntingh.

Documentatie over samenwerkingsafspraken
De aanwezigheid van schriftelijke samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners in de eerste lijn of tussen de eerste en tweede lijn omtrent depressiezorg kan een teken zijn van structurele samenwerking. Daarom werden beschikbare documenten hierover bij de huisarts opgevraagd.

2.3 Werving van deelnemers

Huisartsen
Aan het onderzoek namen zes huisartsen deel uit drie verschillende regio's van Nederland (noord, midden en zuid). Voor de werving werden contactpersonen[7] uit de regio's ingezet, experts die de huisartsen in de omgeving goed kenden. Hen werd gevraagd om elk twee huisartsenpraktijken voor te dragen: een praktijk waarin organisatorische randvoorwaarden aanwezig zijn voor het leveren van wenselijke depressiezorg (een zogenaamde 'koploper') en een praktijk waarin dat niet het geval is. Bij de 'koplopers' moest er ten minste sprake zijn van:
- huisvesting van verschillende disciplines onder één dak (huisarts(en), apotheek, eerstelijnspsycholoog (ELP), fysiotherapeut e.d.); en
- de aanwezigheid van een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de huisartsenpraktijk.

In de andere praktijken ('niet-koplopers') ontbraken deze condities geheel, of nagenoeg geheel. Potentieel geschikte huisartsen die werkzaam waren in de voorgedragen praktijken werden door de contactpersonen of onderzoekers benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. De zes huisartsen die hebben deelgenomen ontvingen aan het einde van het onderzoek een financiële tegemoetkoming en een feedbackrapportage.

Andere zorgverleners
De samenstelling van de regionale groep zorgverleners voor de groepsinterviews vond plaats op geleide van de huisarts; hij of zij gaf aan met welke andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn samengewerkt werd in het kader van depressiezorg, en nodigde deze zorgverleners uit voor het groepsinterview. In totaal hebben, naast de zes huisartsen, 22 andere zorgverleners deelgenomen aan de zes groepsinterviews.

2.4 Analyse

Kenmerken praktijken: HIS-gegevens
Om een globale, cijfermatige indruk te krijgen van de variatie tussen de deelnemende praktijken wat betreft verleende depressiezorg, werden per huisartsenpraktijk gegevens

7 Prof. dr. R. Schoevers (regio noord), Prof. dr. N.J. de Wit (regio midden) en drs. B. Steenkamer (regio zuid).

uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) ontsloten. Het ging om de volgende data over volwassenen (18-64 jaar) over het jaar 2010:

- de prevalentie van volwassenen met een geregistreerde diagnose depressieve klachten en/of depressie (respectievelijk IPCP code P03 en P76[8]);
- het gemiddeld aantal contacten met de huisarts of POH-GGZ dat deze volwassenen hadden; en
- hoeveel van hen psychofarmaca (antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen) voorgeschreven kregen.

Door de HIS-gegevens te vergelijken met landelijke representatieve gegevens van 2010 uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH; Stirbu-Wagner e.a., 2010) werd tevens een indruk verkregen van hoe de verleende depressiezorg in de deelnemende praktijken zich verhoudt tot de gemiddelde Nederlandse praktijk. Voor het ontsluiten van HIS-data werd een beroep gedaan op de expertise van het NIVEL.

Interviews

Van elk individueel en groepsinterview werd, met toestemming van de deelnemer(s), een geluidsopname gemaakt. Tijdens de interviews werden aantekeningen gemaakt. Na afloop werd een uitgebreid verslag van het gesprek gemaakt aan de hand van een format, dat werd aangevuld met behulp van de geluidsopname. De interviewverslagen werden vervolgens geanalyseerd met behulp van een programma voor kwalitatieve data analyse (MAXQDA, 2007). Er werden labels, die gerelateerd waren aan de indicatoren, aan de tekstfragmenten gekoppeld.[9] De gecodeerde interviews werden door ten minste één andere onderzoeker bekeken en voorzien van opmerkingen (memo's). De interviews werden tussentijds geanalyseerd door twee onderzoekers.[10] Op deze manier werd bekeken of er essentiële informatie ontbrak die in de volgende interviews kon worden uitgevraagd (dit om het materiaal te verrijken). Daarnaast werden er nieuwe hypothesen gevormd die in de volgende interviews getoetst konden worden. Tekstfragmenten met hetzelfde label zijn met elkaar vergeleken op overeenstemming en op verschil (methode van constante vergelijking). Zodoende ontstond een beeld van de mate waarin de werkelijke depressiezorg overeenkwam met de wenselijke depressiezorg, en welke factoren bepalend waren voor het wel of niet (gaan) toepassen van de zorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie.

Zelfbeoordelingvragenlijst

De antwoorden van de huisartsen op de zelfbeoordelingvragenlijst werden in samenhang met de uitkomsten van de individuele en groepsinterviews beschouwd.

8 Huisartsen coderen diagnoses met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC; Lambert & Wood, 1987).
9 Uitgevoerd door dr. A. Muntingh.
10 P. van Splunteren, J. Nuijen, M. Hermens, G. Franx en/of A. Muntingh.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uitgebreid beschreven. Een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 4 (p. 41).

Eerst worden de kenmerken van de deelnemende huisartsen en hun praktijken beschreven, inclusief de cijfermatige, globale indruk van de verleende depressiezorg in de praktijken op basis van HIS-gegevens (paragraaf 3.1). Vervolgens worden in paragraaf 3.2 de resultaten gepresenteerd die een antwoord geven op de eerste twee onderzoeksvragen:

1. In hoeverre komt de huidige, werkelijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk overeen met de wenselijke depressiezorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie, van preventie tot chronische zorg?
2. Wat zijn volgens zorgverleners bevorderende en belemmerende factoren om de wenselijke depressiezorg in de praktijk te verlenen?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruikgemaakt van de gegevens uit de individuele interviews (met zes huisartsen) en de groepsinterviews (met in totaal 28 GGZ-zorgverleners inclusief de huisartsen) en van de gegevens uit de zelfbeoordelingvragenlijst. De resultaten worden besproken aan de hand van de vijf deelgebieden van depressiezorg die worden onderscheiden in de concept Zorgstandaard Depressie.

Tot slot wordt in paragraaf 3.3 op basis van de gegevens uit de zelfbeoordelingvragenlijst en de groepsinterviews de derde onderzoeksvraag beantwoord:

3. Wat zijn volgens zorgverleners belangrijke onderdelen van depressiezorg en waar zien zij verbeterpunten?

Voor de geïnteresseerde lezer wordt in bijlage 2 een uitgebreider verslag gegeven van de resultaten voor wat betreft onderzoeksvragen 1 en 2. Bijlage 3 geeft een gedetailleerd overzicht van de gevonden bevorderende en belemmerende factoren voor het verlenen van wenselijke depressiezorg. De zelfbeoordelingvragenlijst zoals ingevuld door de zes huisartsen is opgenomen in bijlage 4.

3.1 Kenmerken deelnemende huisartsen en praktijken

Tabel 3.1 geeft de kenmerken weer van de zes deelnemende huisartsen en hun praktijken. Ook wordt vermeld welke zorgverleners door de huisarts zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het groepsinterview. Drie huisartsen zijn werkzaam bij praktijken die aangemerkt zijn als 'koploper' op het gebied van depressiezorg in termen van organisatorische randvoorwaarden voor het leveren van wenselijke depressiezorg. Tabel 3.1 wijst erop dat de koplopers behalve organisatorisch ook anderszins voorop lopen ten opzichte van de andere drie praktijken: zij hebben vaker meegedaan aan nascholing en verbeterprojecten rond depressiezorg, en hebben vaker afspraken vastgelegd over eerstelijns-samenwerking in de depressiezorg.

Tabel 3.1 Kenmerken van de zes deelnemende huisartsen en praktijken

Kenmerken per huisarts/ praktijk	1	2	3	4	5	6
Koploper	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Regio	Noord	Midden	Zuid	Noord	Midden	Zuid
Geslacht	Vrouw	Man	Man	Vrouw	Vrouw	Man
Leeftijd	47	39	56	60	43	58
Bijzondere interesse depressie	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja/Nee	Nee
Nascholing over depressie gevolgd afgelopen drie jaar	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Deelname depressie verbeterproject	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja
Gebruik NHG-Standaard Depressieve stoornis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Praktijkvorm	HOED, 3 huisartsen	Groeps-praktijk, 3 huisartsen	HOED, 3 huisartsen	GZC, 8 huisartsen	GZC, 9 huisartsen	Duo praktijk, 2 huisartsen
Aantal patiënten in de praktijk (18-64 jaar)[a]	1.086	3.675	2.111	8.683	6.179	2.746
GGZ-disciplines aanwezig in praktijk	POH-GGZ	-	-	POH-GGZ, ELP, PS fysio-therapeut	POH-GGZ, ELP, PS fysio-Therapeut	POH-GGZ (2x)
Disciplines groeps-interview naast huisarts	POH-GGZ, ELP, psychiater	SPV, ELP (2x), AMW-er, OA	Psychiater, apotheker, AMW-er, fysio-therapeut	POH-GGZ, ELP (2x), PS fysio-therapeut	POH-GGZ, ELP	POH-GGZ (2x), ELP, AMW-er
Document beschikbaar over samenwerking	Nee	Nee	Nee	Ja (beperkt)	Nee	Ja (beperkt)

[a]Aantallen over de hele praktijk op basis van HIS-gegevens over het jaar 2010. Afkortingen: AMW-er=algemeen maatschappelijk werker, ELP=EersteLijnsPsycholoog, GZC=gezondheidscentrum, HOED=Huisartsen Onder Een Dak, OA=OuderenAdviseur, PS fysiotherapeut=psychosomatisch fysiotherapeut, POH-GGZ=PraktijkOndersteuner Huisarts-GGZ, SPV=Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.

Tabel 3.2 geeft op basis van gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) een indruk van de verleende depressiezorg in de praktijken van de zes deelnemende huisartsen. Wat betreft elk gemeten aspect van depressiezorg (diagnose, contacten, prescripties) is er variatie tussen de zes praktijken. Kijkend naar verschillen tussen de praktijken die bestempeld zijn als ‘koplopers’ en de praktijken die beschouwd worden als ‘niet-koplopers’, dan is het niet verrassend dat depressieve patiënten van de koplopers vaker contact hadden met een POH-GGZ. Dit verschil kan er aan bijgedragen hebben dat patiënten van koplopers wat minder vaak dan patiënten van niet-koplopers antidepressiva voorgeschreven kregen.

Wanneer we kijken naar de verschillen met de gemiddelde Nederlandse praktijk (zie laatste kolom in tabel 3.2), dan valt met name op dat de depressieve patiënten van de deelnemende praktijken meer contacten met de POH-GGZ hebben. Dit is niet verrassend omdat er in het onderzoek bewust voor gekozen is om ten minste drie praktijken (van de in totaal zes praktijken) te laten deelnemen waar een POH-GGZ of SPV werkzaam is (de koplopers).

Tabel 3.2 Verleende depressiezorg in 2010 aan volwassenen (18-64 jaar) in de zes deelnemende huisartsenpraktijken, op basis van gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) en in de ‘gemiddelde’ huisartsenpraktijk op basis van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)

HIS-gegevens per praktijk	1	2	3	4	5	6	LINH
Prevalentie per 1000 volwassenen:							
• diagnose depressief gevoel (P03)	12	11	2	7	13	1	8
• diagnose depressie (P76)	36	21	19	25	22	2	22
• diagnose P03 en/of P76	44	32	21	31	35	2	30
Aantal contacten met huisarts per 100 volwassenen met diagnose depressief gevoel/depressie	152	200	350	244	253	33	198
Aantal contacten met POH-GGZ per 100 volwassenen met diagnose depressief gevoel/depressie	28	0	22[a]	68	12	133	3
Percentage volwassenen met diagnose depressief gevoel/depressie met een voorschrift:							
• antidepressiva (N06A)	74	71	71	58	44	67	61
• anxiolytica (N05B)	4	5	4	8	3	0	17
• hypnotica/sedative (N05C)	8	15	9	17	16	33	12

[a] *In 2010 had deze huisarts wel de beschikking over een POH-GGZ.*

3.2 Wenselijke zorg, werkelijke zorg en beïnvloedende factoren

Voor elk van de vijf deelgebieden van depressiezorg (zie tabel 2.1, p.22) wordt achtereenvolgens beschreven: de wenselijke zorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie, de verkregen indruk van de verleende zorg in de zes huisartsenpraktijken (de werkelijke zorg), en de naar voren gekomen belangrijke beïnvloedende factoren voor het realiseren van wenselijke zorg. Voor de overzichtelijkheid wordt deelgebied III (Diagnostiek en behandeling volgens het stepped care model) daarbij opgesplitst in drie subdeelgebieden: IIIa. Diagnostiek en ernstbepaling; IIIb. Toepassen van basisinterventies; en IIIc. Bieden van stepped care behandeling.

3.2.1 Deelgebied 1: Vroege onderkenning en geïndiceerde preventie

Wat is de wenselijke zorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?

- Hulpverleners zijn alert op vroege signalen van een depressie die, indien onbehandeld, tot een depressie kunnen leiden. Door vroege onderkenning kan depressie worden voorkómen of in een vroeg stadium passende hulp worden aangeboden.
- Vroege onderkenning bij depressie kan worden bevorderd door incidentele en gerichte screening met behulp van een screeningsinstrument bij mensen bij wie een depressie wordt vermoed.
- Bij patiënten met depressieve klachten kunnen zorgverleners adviezen, gesprekken, of bewezen effectieve zelfhulp- en zelfmanagementinterventies aanbieden.

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?

- De huisartsen zijn alert op signalen van depressie. Zij denken aan een depressie als een patiënt aangeeft niet lekker in zijn/haar vel te zitten, als een patiënt vitale kenmerken heeft of veel verschillende lichamelijke klachten, of – vanzelfsprekend – als een patiënt zelf aangeeft somber te zijn. Soms nemen de huisartsen of POH's-GGZ een vragenlijst (screeningsinstrument) af bij een vermoeden van depressie.
- Geïndiceerde preventie[11] heeft vooral de vorm van 'een vinger aan de pols houden'. Bij personen uit risicogroepen letten huisartsen extra op of er depressieve klachten ontstaan, en soms laten ze deze personen nog een keer extra terugkomen.

Beïnvloedende factoren

- De hulpverleners die een screeningsinstrument gebruiken, vinden het een goed hulpmiddel om klachten te onderscheiden en te bespreken met de patiënt.
- Afspraken binnen de praktijk zorgen voor meer systematische afname van een screeningsinstrument.

11 Activiteiten die voorkomen dat problemen verergeren bij mensen met beginnende klachten van depressiviteit.

3.2.2 Deelgebied 2: Zelfmanagement en e-health

Wat is de wenselijke zorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?

- Voor patiënten met alleen depressieve klachten (met een hulpvraag) en voor patiënten met een lichte depressie, zijn zelfmanagement en e-health interventies voldoende als eerste stap. Deze interventies richten zich op de gezonde kant van mensen en spreekt de eigen krachten en competenties aan, met minimale of geen begeleiding door een hulpverlener.
- Voorbeelden van zelfmanagement interventies zijn bibliotherapie, zelfhulpgroepen, groepscursussen en fysieke inspanning (running therapie). Voorbeelden van e-health interventies zijn 'Kleur je leven', 'Beating the blues' en 'Alles onder controle'.

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?

- Stimuleren van zelfmanagement bestaat vooral uit het geven van leefstijladviezen. Voorbeelden daarvan zijn voldoende bewegen, goed eten, naar buiten gaan, niet te streng voor jezelf zijn. Naar running therapie of groepscursussen wordt weinig verwezen.
- Er wordt door de huisartsen en andere hulpverleners mondjesmaat gebruikgemaakt van e-health interventies. Sommige huisartsen willen e-health (meer) gaan toepassen en willen aan de slag met een training in e-health, of willen schermen in de wachtkamer ophangen met links naar betrouwbare websites.

Beïnvloedende factoren

- De POH's-GGZ maken vergeleken met andere hulpverleners meer gebruik van zelfmanagement (met name bibliotherapie).
- De hulpverleners benoemen veel twijfels en onduidelijkheden over het gebruik van e-health interventies. Men twijfelt over het toepassen van e-health interventies bij patiënten met juist een depressie, waarbij contact onontbeerlijk geacht wordt. Als nadelen van e-health noemen de hulpverleners onduidelijkheid over voor wie e-health effectief is, welke websites betrouwbaar zijn, hoe de financiering geregeld is, en hoe het contact met een hulpverlener is gewaarborgd.

3.2.3 Deelgebied 3: Diagnostiek en behandeling volgens het stepped care model

<u>Diagnostiek en ernstbepaling</u>

Wat is de wenselijke zorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?

- Bij een hoge score op een screeningslijst, of bij een vermoeden van depressie, stelt de hulpverlener de diagnose depressie op basis van klinisch onderzoek met behulp van de criteria uit de DSM-IV of ICD-10.

- Ideaal gezien zet men een meetinstrument in om de ernst van de klachten voorafgaand aan eventuele behandeling te kunnen inschatten.
- Een indeling naar ernst en duur is belangrijk voor het bepalen van het stepped care behandelbeleid (de patiënt krijgt de zorg die past bij de diagnose en de ernst van de klachten).

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?

- Het is soms lastig voor de huisartsen om de diagnose depressie te stellen. Mensen met depressieve klachten hebben vaak ook last van andere klachten of problemen, zoals spanning, angst, lichamelijke klachten, ingrijpende gebeurtenissen of sociale problemen. Deze interactie van verschillende klachten en problemen benoemen de huisartsen als complicerende factor bij het stellen van een diagnose. De huisartsen komen tot een diagnose depressie aan de hand van de aanwijzingen in de NHG-Standaard Depressieve stoornis. Sommigen gebruiken bij de diagnostiek ook de score op een vragenlijst en/of consulteren GGZ-hulpverleners, zoals de POH-GGZ of de ELP.
- De huisartsen maken met name een indeling in depressieve klachten, depressie en een complexe depressie. Het onderscheid tussen depressieve klachten en een depressie wordt ervaren als een glijdende schaal. Als de depressie ernstig is en er is tevens sprake van suïcidaliteit, psychotische kenmerken of bijkomende problemen (zoals persoonlijkheidsproblematiek), dan verwijzen de huisartsen naar de tweedelijns-GGZ, indien nodig met spoed. Voor de ernstbepaling kijken de huisartsen naar verschillende factoren zoals de duur van de klachten en beperkingen in het functioneren.

Beïnvloedende factoren

- Bij het vaststellen van de ernst van de depressie vinden de meeste huisartsen het gebruik van een instrument niet nodig.
- De POH's-GGZ en de ELP-en gebruiken vaker dan de huisarts een instrument om de ernst van de depressie vast te stellen.

Toepassen van basisinterventies

Wat is de wenselijke zorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?

- Bij elke patiënt bij wie een depressie is vastgesteld, worden er een aantal basisinterventies ingezet.
- De basisinterventies bestaan uit psycho-educatie, dagstructurering of individuele leefstijladviezen (activeren, gezonde levensstijl bevorderen) en het actief volgen van de patiënt om het beloop van de klachten in de gaten te houden.

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?

- De huisartsen en POH's-GGZ zetten basisinterventies in. De huisartsen adviseren hun patiënten onder meer om voldoende te bewegen, naar buiten te gaan, en plezierige activiteiten te ondernemen. Ook de POH's-GGZ en de ELP-en maken gebruik van basisinterventies.

- Er is veel variatie tussen praktijken in de wijze waarop of de mate waarin psycho-educatie gegeven wordt. De meeste huisartsen geven aan zelf uitleg te geven over de symptomen en het beloop van een depressie, al dan niet met begeleidende informatie in de vorm van een NHG-patiëntenbrief of een internetverwijzing.

Beïnvloedende factoren
- Het stimuleren van het gebruik van voorlichtingsmateriaal, bijvoorbeeld door de beschikbaarheid van betrouwbare websites en het opnemen van psycho-educatie in de NHG-accreditatie, zou het verstrekken ervan in de praktijk kunnen bevorderen.

Bieden van stepped care behandeling

Wat is wenselijke zorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?
- Bij een stepped care behandeling kiezen patiënt en zorgverleners in eerste instantie de minst intensieve hulp waarvan zij effect verwachten. Als dit onvoldoende blijkt, wordt er een intensievere behandeling ingezet.
- Patiënten met een eerste lichte depressieve episode die korter dan drie maanden bestaat, kunnen kiezen uit een aantal eerste-stap interventies, te weten bibliotherapie, zelfmanagement, interventies via internet, activerende begeleiding, fysieke inspanning zoals running therapy, counseling of psychosociale interventies.
- Bij terugkerende lichte depressies of een lichte depressie die langer dan drie maanden bestaat wordt als eerste stap een keuze gemaakt uit Problem Solving Treatment (PST) of kortdurende (generalistische) behandeling.
- Patiënten met een eerste matige of ernstige depressie krijgen psychotherapie of farmacotherapie. De keuze voor psychotherapie bestaat uit vier mogelijkheden: cognitieve gedragstherapie, gedragstherapie, interpersoonlijke therapie of kortdurende dynamische psychotherapie.
- Op regelmatige basis wordt in een gesprek het dagelijks functioneren van de patiënt beoordeeld en een monitoringsvragenlijst afgenomen. Op grond van deze gegevens wordt het behandelbeleid geëvalueerd en wordt de volgende stap in de behandeling bepaald.

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?
- De keuze voor behandeling gebeurt in overleg met de patiënt en hangt van veel factoren af. De hulpvraag van de patiënt, de duur van de klachten, het vermoeden van een klik tussen patiënt en beoogde hulpverlener, de eventuele structurele oorzaak van de klachten, de eigen kennis en vaardigheden van de patiënt, de benodigde financiële bijdrage voor zorg, het bestaan van een eventuele wachtlijst, en het aanbod in de praktijk/regio zijn voorbeelden van factoren die meespelen bij het maken van een keuze voor een behandeling voor een individuele patiënt.
- De huisartsen gebruiken het principe van stepped care. De meeste huisartsen geven aan medicatie niet als eerste stap in te zetten bij lichtere depressies, maar te beginnen met counseling en activerende begeleiding door de huisarts zelf of door de

POH-GGZ of ELP. Als patiënten onvoldoende opknappen, wordt alsnog medicatie ingezet of wordt de patiënt bijvoorbeeld verwezen naar de ELP.
- Zelfmanagement interventies, e-health interventies, en running therapie worden weinig toegepast bij patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie.
- Andere effectieve kortdurende interventies voor lichte depressie, te weten activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies, en kortdurende generalistische behandeling, worden regelmatig ingezet, alhoewel niet bij alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. PST wordt relatief minder vaak aangeboden.
- Voor de toepassing van stepped care is het monitoren van de depressieve symptomen van belang om het effect van de behandeling te evalueren en eventueel de behandeling aan te passen. De huisartsen geven aan te monitoren op basis van hun klinische blik. Ze maken vrijwel geen gebruik van een instrument waarmee op systematische wijze de verandering van de ernst van de depressieve klachten gemeten kan worden.
- Farmacotherapie en psychotherapie zijn bekende onderdelen van het stepped care behandelaanbod. De huisartsen schrijven antidepressiva veelal zelf voor en verwijzen voor psychotherapie door naar een ELP, een GGZ-instelling of een vrijgevestigde psychiater/psychotherapeut. Bij een keuze tussen medicatie en psychotherapie wordt rekening gehouden met verschillende factoren, zoals de voorkeur van de patiënt, diens vermogen tot zelfreflectie (de eigen gedachten, gevoelens en herinneringen tot onderwerp van overdenking maken), of diens eerdere ervaringen met psychotherapie of medicatie.

Beïnvloedende factoren
- Goede samenwerking binnen de eerste lijn zorgt voor meer gerichte verwijzing.
- Een groter aanbod van psychologische interventies lijkt samen te hangen met het minder vaak voorschrijven van medicatie.
- Slechte contacten met de tweede lijn belemmeren doorverwijzing.
- De geïnterviewde GGZ-hulpverleners (POH's-GGZ, ELP-en, AMW-ers) hebben de tijd, kennis en kunde om klachten te monitoren met een instrument.

3.2.4 Deelgebied 4: Ketenzorg en collaborative care bij terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie

Wat is wenselijke depressiezorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?
- Voor een goede samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders in eerste en tweede lijn (collaborative care/ketenzorg) moeten een aantal zaken duidelijk zijn:
  - Wie is er medisch eindverantwoordelijk?
  - Wie zijn de kernbehandelaars?
  - Wie is de centrale zorgverlener?
  - Wie is waarvoor aanspreekbaar?
  - In welke situaties moet de patiënt worden doorverwezen naar een andere discipline, van de eerste naar de tweede lijn en vice versa?

- Binnen de keten is regionale afstemming over de indicatiestelling noodzakelijk. Organisatorische voorwaarden voor depressieketenzorg zijn korte lijnen tussen de zorgverleners en de huisarts, keuze uit verschillende interventies voor de patiënt, kennis over het zorgaanbod van verschillende hulpverleners, en het delen van belangrijke informatie bij verwijzing of samenwerking.

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?

- Er bestaan verschillende gradaties in de intensiteit van samenwerking in de eerste lijn. Sommige huisartsen hebben wel verwijskanalen maar voeren weinig tot geen overleg met GGZ-hulpverleners. Andere huisartsen werken intensief samen met een POH-GGZ en soms ook met andere GGZ-hulpverleners. De meest intensieve samenwerking werd aangetroffen in praktijken waar ook een verbeterproject op het gebied van depressie had gelopen.
- Samenwerking tussen disciplines vindt met name plaats binnen de eerste lijn, maar niet tussen de eerste en de tweede lijn. In de praktijken waar andere GGZ-hulpverleners werkzaam zijn wordt er meer overlegd, zowel structureel als ad hoc. Door regelmatig te overleggen zijn de hulpverleners goed op de hoogte van elkaars werkwijze en aanbod. Bij geen van de praktijken is er sprake van structurele samenwerkingsafspraken met de tweedelijns-GGZ, noch zijn er afspraken over verwijzing of terugverwijzing van patiënten.
- Documenten over samenwerkingsafspraken ontbreken doorgaans. Alleen in twee praktijken die deelgenomen hebben aan een verbeterproject rondom depressie is er documentatie beschikbaar over het monitoren van patiënten en over behandelmogelijkheden bij verschillende ernsttypen.
- Nazorg op verzoek van de tweede lijn is incidenteel en ad hoc. Bij de meeste huisartsen verloopt terugverwijzing moeizaam omdat de berichtgeving vanuit GGZ-instellingen summier is en vaak laat komt. Incidenteel belt een behandelaar vanuit de GGZ om de cliënt over te dragen.

Beïnvloedende factoren

- Goede samenwerking in de eerste lijn bevordert de onderlinge afstemming rondom patiënten.
- Goede berichtgeving vanuit de tweede lijn is een eerste stap naar een betere samenwerking met de eerste lijn.
- Financiële prikkels, bijvoorbeeld vanuit zorgverzekeraars, kunnen samenwerking tussen de eerste en tweede lijn bevorderen.

3.2.5 Deelgebied 5: Terugvalpreventie, herstel en participatie

Wat is wenselijke depressiezorg volgens de concept Zorgstandaard Depressie?

- Nadat herstel is bereikt, is het zaak om terugval van depressie te voorkomen. Met name bij patiënten die meerdere depressieve episodes hebben gehad, is alertheid geboden.
- De patiënt kan samen met de zorgverlener een terugvalpreventieplan of signaleringsplan maken. Tevens kunnen er specifieke interventies worden toegepast, zoals continuering van de medicatie, preventieve cognitieve groepstherapie, mindfulness based cognitieve therapie of onderhouds interpersoonlijke therapie.
- Bij patiënten die chronisch depressief zijn heeft combinatiebehandeling (psychologische behandeling en antidepressiva) de voorkeur. Daarnaast moet aandacht besteed worden aan verandering van leefstijl, rehabilitatie, herstelondersteunende zorg en praktische hulp in de diverse leefgebieden. Het accent in de begeleiding verschuift van de behandeling van de ziekte naar bevorderen van de gezonde aspecten.

Welk beeld komt naar voren in de onderzochte huisartsenpraktijken?

- Voor de huisartsen bestaat terugvalpreventie vooral uit continuering van de medicatie en incidentele contacten. Patiënten blijven in zicht omdat ze ook voor andere klachten bij de huisarts komen. Het maken van een signaleringsplan is uitzonderlijk.
- De POH's-GGZ en ELP-en besteden meer structurele aandacht aan terugvalpreventie. Zij bieden terugvalpreventie in de vorm van geplande follow-up contacten. Wanneer patiënten terugvallen sluiten de GGZ-hulpverleners weer aan op wat eerder werkte.
- De praktijken bieden bij chronische depressie met name onderhoudscontacten. Vijf van de zes huisartsen hebben geen specifiek aanbod voor patiënten met een chronische depressie. Chronisch depressieve patiënten krijgen vaak onderhoudscontacten bij de huisarts of de POH-GGZ. Chronisch depressieve patiënten hebben vaak veel problemen, ook op maatschappelijk gebied. De ELP-en en POH's-GGZ noemen onder meer bewegen, ontmoetingsplekken, mindfulness en het bevorderen van sociale contacten als geschikte interventies voor mensen met chronische klachten.
- De huisartsen monitoren patiënten bij langdurig antidepressivagebruik. Zij laten deze patiënten regelmatig terugkomen om het medicatiegebruik te evalueren.
- Nazorg op verzoek van de tweede lijn is ad hoc. Er is geen sprake van structurele samenwerking met de tweede lijn in de zorg voor chronische patiënten.

Beïnvloedende factoren

- Het is onduidelijk voor de huisartsen voor welke patiënten terugvalpreventie en langdurige ondersteuning meerwaarde heeft.
- Er zijn weinig (hulp)middelen beschikbaar om terugvalpreventie en zorg voor chronische patiënten te bieden in de eerste lijn. Opleiding in en beschikbaarheid van specifieke interventies zouden kunnen bijdragen om deze zorg te bieden, evenals een ruimere beschikbaarheid van de POH-GGZ dan nu het geval is.

3.3 Verbeterpunten ten aanzien van depressiezorg volgens de zorgverleners

3.3.1 Belangrijkste aspecten van depressiezorg en belangrijkste eigen verbeterpunten volgens de huisartsen

Door de huisartsen tweemaal een top-drie uit de 11 indicatoren te laten selecteren is een indruk verkregen van a) welke aspecten van de wenselijke depressiezorg de huisartsen zelf het belangrijkste vinden voor de depressiezorg in het algemeen; en b) welke verbeterpunten zij het belangrijkste achten voor hun eigen praktijk (zie bijlage 3).

De meeste huisartsen vinden het kunnen bieden van eerste stap- en kortdurende interventies bij lichte depressies (indicator 3.3), en het aanbieden van psychologische en farmacotherapeutische behandeling aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie (indicator 3.4) de belangrijkste onderdelen van goede depressiezorg. Drie indicatoren zijn door geen van de huisartsen geselecteerd in hun top-3:

- het monitoren van de ernst van de klachten met een instrument (indicator 3.5);
- het maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie (indicator 4.1); en
- het aanbieden van terugvalpreventie aan patiënten die hersteld zijn van een depressie (indicator 5.1).

Over het belang van de andere onderdelen zijn de meningen verdeeld, wat er op kan duiden dat huisartsen verschillende ideeën hebben over wat belangrijke onderdelen zijn van goede depressiezorg in algemene zin.

Als gekeken wordt naar de geselecteerde top-drieën van meest belangrijke verbeterpunten voor de *eigen* praktijk, dan komt een ander beeld naar voren. Vijf huisartsen vinden het maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie één van de belangrijkste verbeterpunten voor de eigen praktijk (indicator 4.1). Drie indicatoren zijn door geen van de huisartsen geselecteerd in hun top-drie van belangrijkste verbeterpunten:

- het aanbieden van eerste stap en kortdurende interventies aan patiënten met een lichte depressie (3.3);
- het aanbieden van psychotherapie en/of farmacotherapie aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie (3.4); en
- het maken van afspraken over terugverwijzing van patiënten uit de tweede lijn (4.2).

Wat betreft de overige geselecteerde verbeterpunten is er veel variatie tussen de huisartsen.

Het is opvallend dat er bij vijf van de zes huisartsen geen overlap is tussen de top-drie van relevantste indicatoren voor de depressiezorg in het algemeen en de top-drie van relevantste indicatoren voor de eigen praktijk. Dit kan erop duiden dat de huisartsen van mening zijn dat zij in hun praktijk de belangrijkste onderdelen van depressiezorg goed op orde hebben, maar dat er nog wel verbeteringen mogelijk zijn bij andere onderdelen.

3.3.2 Wensen en aanbevelingen van de hulpverleners

De hulpverleners is in de interviews gevraagd naar hun wensen omtrent depressiezorg en naar aanbevelingen voor de verbetering van depressiezorg. Deze wensen en aanbevelingen worden hieronder besproken, ingedeeld naar de vijf categorieën van factoren die van invloed zijn op de toepassing van richtlijnen (Grol & Wensing, 2006).

Kenmerken van de concept Zorgstandaard Depressie

Een aantal van de naar voren gebrachte wensen en aanbevelingen zijn relevant voor de doorontwikkeling van de concept Zorgstandaard Depressie. Zo geven de hulpverleners aan dat zij meer duidelijkheid zouden willen hebben over welke interventie geschikt is voor welke doelgroep. Dit geldt met name voor sommige kortdurende interventies (zoals e-health), voor terugvalpreventie en voor chronische zorg. Wat betreft de diagnostiek lijkt de in de concept Zorgstandaard Depressie toegepaste indeling van depressie op basis van duur en ernst in zes verschillende categorieën niet goed aan te sluiten bij de generalistische praktijk van de eerste lijn. De hulpverleners geven bovendien aan dat de hulpvraag van de patiënt in de eerste lijn meer leidend is voor de indicatiestelling dan een gedetailleerde diagnose.

Hulpverlenergerelateerde factoren

Een aantal hulpverleners zou meer scholing willen. Genoemde gebieden waarop een scholingsbehoefte bestaat, zijn onder meer kennis over de oorzaken, risicofactoren en diagnostiek van depressie. Op het gebied van interventies is er behoefte aan scholing voor gesprekstechnieken bij psychosociale klachten, e-health interventies, terugvalpreventie en chronische zorg. Een aantal van de geïnterviewde GGZ-hulpverleners (psychiater, POH-GGZ) pleiten voor het gebruik van eenzelfde monitoringsinstrument door samenwerkende hulpverleners bij de behandeling van een depressieve patiënt.

Patiëntgerelateerde factoren

Een aantal van de deelnemende hulpverleners geeft aan dat er bij patiënten met een depressie meer inzicht nodig is in wat zij kunnen verwachten van hulpverleners en wat er van hen verwacht wordt. Niet alleen de GGZ-hulpverlener zelf, maar ook de overheid, de LPGGz of de zorgverzekeraar zouden de patiënt informatie kunnen bieden over wat een depressie is, wat de behandelmogelijkheden en de te verwachten effecten zijn, wat patiënten zelf aan depressieve klachten kunnen doen en hoe mensen depressieve klachten kunnen voorkomen door versterking van de eigen (draag)kracht.

Organisatorische factoren

De meeste hulpverleners willen graag beter samenwerken binnen de eerste lijn. Sommigen willen alleen vaker overleggen, anderen gaan verder en willen bijvoorbeeld een lokale richtlijn depressie in de eerste lijn ontwikkelen. Zo zouden een aantal huisartsen de zorg voor (chronisch) depressieve patiënten gestructureerder willen organiseren, waarbij er afspraken worden gemaakt over het behandelbeleid binnen de eerste lijn en waarbij de hulpverleners in de huisartsenpraktijk samenwerken met een aantal vaste partners, zoals bijvoorbeeld nu in de diabeteszorg gebeurt.

De huisartsen willen de zorg in de eerste en tweede lijn beter op elkaar laten afstemmen door het instellen van één aanspreekpunt voor de huisartsenpraktijk per GGZ-instelling en een betere berichtgeving vanuit GGZ-instellingen. Een aantal huisartsen zou graag een psychiater of psycholoog met een consultfunctie verbinden aan de praktijk. Digitalisering van de communicatie zou kunnen bijdragen aan een goede en tijdige uitwisseling van informatie tussen hulpverleners.

Maatschappelijke factoren

De hulpverleners vinden dat de GGZ in de eerste lijn versterkt moet worden. In dat kader pleiten zij voor het beperken van de eigen bijdrage voor de ELP en het verhogen van het aantal vergoede sessies bij de ELP en fysiotherapeut. De regeling POH-GGZ zou (financieel) aantrekkelijker moeten worden gemaakt voor de huisarts, en de POH-GGZ zou meer ruimte moeten krijgen om ook de patiënten met chronische problematiek op te kunnen vangen. Een aantal huisartsenpraktijken zouden graag een verbeterproject rondom depressiezorg starten, maar willen hierbij niet gehinderd worden door een grote hoeveelheid aan bureaucratie, zoals het schrijven van lange jaarverslagen en het aanleveren van veel data. De opname van geestelijke gezondheidszorg in de NHG-praktijkaccreditatie cyclus kan een belangrijke stimulans zijn om verbeteringen in de depressiezorg door te voeren. Tot slot wordt door de hulpverleners gepleit voor het beperken van de eigen bijdrage voor tweedelijns-GGZ. Aangegeven wordt dat de eigen bijdrage ertoe zou leiden dat met name patiënten met beperkte financiële middelen niet zozeer op zoek gaan naar zorg die het meest passend is bij de ernst van hun depressieve klachten, maar naar zorg die hen het minste kost.

4 Samenvatting en beschouwing

De doelstelling van dit verkennende onderzoek was om zicht te krijgen op hoe de huidige depressiezorg in de huisartsenpraktijk zich verhoudt tot de wenselijke zorg zoals omschreven in de concept Zorgstandaard Depressie, en wat daarbij beïnvloedende factoren zijn. Ook is huisartsen en andere zorgverleners gevraagd wat volgens henzelf belangrijke verbeterpunten voor de depressiezorg zijn.

4.1 Sterke punten en beperkingen onderzoek

In dit onderzoek is de wenselijke zorg als uitgangspunt genomen zoals die omschreven is in de concept Zorgstandaard Depressie (Van de Lindt & Volker, 2011). Hiervoor is gekozen omdat de Zorgstandaard Depressie het meest omvattende kwaliteitsinstrument voor depressiezorg is. Het beschrijft de norm voor goede depressiezorg niet alleen vanuit zorginhoudelijk standpunt, maar ook procesmatig. Daarbij wordt het hele zorgcontinuüm beschreven, van preventie tot chronische zorg. Door de Zorgstandaard Depressie als uitgangspunt te nemen wordt in dit onderzoek aldus de kwaliteit van depressiezorg zo breed mogelijk onderzocht. Daarbij dient aangetekend te worden dat de huidige versie van de Zorgstandaard Depressie geen definitieve versie is, maar een document in ontwikkeling. Niet alle aanbevelingen binnen de huidige conceptversie kunnen als 'definitieve norm' beschouwd worden, of zijn even goed uitgewerkt. Een andere beperking is dat huisartsen weliswaar meewerkten aan de conceptversie, maar niet namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de landelijke wetenschappelijke beroepsvereniging. Zodoende geeft dit onderzoek niet alleen aanknopingspunten voor verbeteringen in de depressiezorg, maar ook voor de verdere doorontwikkeling van de concept Zorgstandaard Depressie ten behoeve van haar toepasbaarheid in de eerste lijn.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er zo veel mogelijk gebruikgemaakt is van al bestaande indicatoren om de verhouding tussen werkelijke en wenselijke zorg in kaart te brengen. Een tweede sterk punt is het overwegend kwalitatieve karakter van het onderzoek, waardoor rijke, verdiepende kennis verzameld kon worden. Daarbij zijn de kwalitatieve gegevens van de semigestructureerde individuele en groepsinterviews aangevuld met kwantitatieve gegevens afkomstig van zelfinvulvragenlijsten. Door de multimethodische dataverzameling is het aannemelijk dat er een goed beeld verkregen is van de geboden depressiezorg in de deelnemende huisartsenpraktijken. De kwalitatieve insteek kan echter wel een overschatting hebben gegeven van de mate waarin zorgverleners onderdelen van wenselijke depressiezorg toepassen (Adams e.a., 1999). Verder is dit verkennende onderzoek uitgevoerd bij een beperkt aantal huisartsen (n = 6) en andere zorgverleners (n = 22). Daarbij is er bewust voor gekozen om praktijken te

laten deelnemen uit verschillende regio's en die varieerden in de mate waarin sprake was van organisatorische randvoorwaarden voor het leveren van wenselijke depressiezorg. Door deze selectieprocedure maken de deelnemende huisartsen vaker dan de gemiddelde Nederlandse huisarts gebruik van een POH-GGZ. Het is mogelijk dat de resultaten daardoor een wat positiever beeld geven dan de werkelijkheid.

Tot slot kan opgemerkt worden dat het onderzoek zich beperkt tot hulpverlening voor mensen met een depressie binnen de eerstelijnszorg. Het perspectief van de tweedelijns-GGZ is minder aan bod gekomen dan vooraf verwacht werd. De reden hiervoor is dat de huisartsen relatief weinig tweedelijns-hulpverleners voor de groepsinterviews hebben uitgenodigd omdat er doorgaans sprake is van een gebrekkige communicatie en samenwerking met de tweede lijn. Ook de (potentiële) inzet van andere partijen, zoals de gemeente, is onderbelicht gebleven terwijl zij wel een belangrijke rol kunnen spelen bij de preventie van depressie en de zorg voor chronische depressie.

4.2 Samenvatting belangrijkste resultaten

Komt de werkelijke zorg overeen met de wenselijke zorg?

De resultaten wijzen erop dat verschillende onderdelen van de wenselijke depressiezorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie (Van de Lindt & Volker, 2011) goed aan bod komen in de onderzochte huisartsenpraktijken. De deelnemende huisartsen geven aan alert te zijn op signalen van depressie en soms een screeningsinstrument te gebruiken (vaak de 4DKL[12]; Terluin e.a., 2006). De huisartsen werken globaal volgens het principe van stepped care. Zo wordt bij lichtere depressies begonnen met basisinterventies (psycho-educatie, dagstructurering, leefstijladviezen), activerende begeleiding en/of counseling, en wordt pas bij onvoldoende effect medicamenteuze behandeling gegeven en/of doorverwezen naar psychotherapie.

Echter, een aantal elementen van de stepped care aanpak die de Zorgstandaard Depressie aanbeveelt lijken minder vaak toegepast te worden:

- De huisartsen maken voorafgaand aan behandeling geen gedetailleerde ernstindeling van depressie in zes categorieën zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie, maar hanteren een eenvoudiger onderscheid in drie categorieën (depressieve klachten, depressie en complexe depressie).
- De huisartsen maken bij de ernstbepaling doorgaans geen gebruik van een instrument. Ook het systematisch meten (monitoren) van de verandering van de ernst van de depressieve klachten met behulp van een instrument, wordt niet of nauwelijks gedaan door de huisartsen. Redenen om geen instrument te gebruiken zijn twijfels over de meerwaarde, onbekendheid met instrumenten en tijdgebrek. Sommige geïnterviewde POH's-GGZ en ELP-en monitoren overigens wel.
- Bepaalde aanbevolen kortdurende psychologische interventies voor depressieve klachten en lichte depressie, zoals zelfmanagement interventies, e-health interventies, en Problem Solving Treatment (PST), worden weinig aangeboden in de huisartsenpraktijken.

12 Vierdimensionale Klachtenlijst

Ten aanzien van terugvalpreventie en chronische depressie komt uit ons onderzoek naar voren dat de huisartsen doorgaans niet goed bekend zijn met beschikbare psychologische interventies. Terugvalpreventie en chronische zorg omvat in de huisartsenpraktijken vooral continuering van antidepressiva en laagfrequente contacten.

Kijkend naar de depressiezorg in de keten, dan wijzen de bevindingen erop dat niet voldaan wordt aan verschillende randvoorwaarden die beschreven worden in de concept Zorgstandaard Depressie. Sommige huisartsen voeren weinig tot geen overleg met eerstelijns GGZ-hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor depressieve patiënten. In de praktijken waar een POH-GGZ en/of ELP werkzaam is, is er meer overleg en zijn de verschillende disciplines beter bekend met elkaars werkwijze en aanbod. Bij geen van de praktijken is er structurele samenwerking met de tweedelijns-GGZ, noch zijn er afspraken over verwijzing of terugverwijzing van patiënten. De berichtgeving vanuit de tweede lijn laat vaak te wensen over.

Wat zijn beïnvloedende factoren voor het bieden van wenselijke depressiezorg?

Er zijn verschillende factoren geïdentificeerd die het bieden van wenselijke depressiezorg beïnvloeden. Bevorderende factoren die de huisartsen en andere eerstelijns-zorgverleners bij meerdere deelgebieden van de depressiezorg noemen zijn onder meer:

- een goede samenwerking met een POH-GGZ en/of ELP in de praktijk;
- regelmatig overleg tussen eerstelijns-hulpverleners;
- afspraken over indicatiestelling en behandelbeleid;
- goede en tijdige berichtgeving vanuit de tweedelijns-GGZ;
- de bruikbaarheid van een instrument of interventie in de praktijk; en
- prikkels zoals deelname aan een verbeterproject rond depressiezorg.

Factoren die het werken volgens de concept Zorgstandaard Depressie belemmeren zijn onder andere:

- tevredenheid met de huidige werkwijze;
- onduidelijkheid over de doelgroep van bepaalde interventies;
- onbekendheid met interventies (zoals e-health interventies) of werkwijzen (zoals het monitoren van depressieve symptomen met behulp van een instrument);
- de benodigde investering die van zorgverleners gevraagd wordt (bv. scholing, tijdsinvestering);
- slechte contacten met GGZ-instellingen; en verschillende financiële drempels, zoals de versobering van de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit de basisverzekering sinds 2012, de financiële onaantrekkelijkheid van de huidige regeling POH-GGZ en het niet financieel stimuleren van samenwerking tussen eerste lijn en tweedelijns-GGZ.

Wat zijn belangrijke verbeterpunten volgens zorgverleners?

Kijkend naar hun eigen praktijk, dan zien bijna alle huisartsen samenwerking tussen zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgproces voor mensen met een depressie als

een van de belangrijkste verbeterpunten. Gevraagd naar hun wensen en aanbevelingen ten aanzien van depressiezorg, dan pleiten de huisartsen of andere geïnterviewde zorgverleners daarnaast onder andere voor:

- meer duidelijkheid over de doelgroepen van bepaalde interventies (m.n. e-health interventies, interventies gericht op terugvalpreventie en chronische depressie);
- meer scholing rond depressie en depressiezorg;
- het stimuleren van zelfmanagement van patiënten door goede voorlichting;
- meer investering in de eerstelijns-GGZ; en
- een betere informatievoorziening vanuit GGZ-instellingen.

4.3 Vergelijking met de literatuur

Sommige bevindingen van het huidige onderzoek zijn – voor zover ons bekend – niet eerder gerapporteerd in Nederlands onderzoek. Zo is er een eerste indruk verkregen van hoe huisartsen in de dagelijkse praktijk omgaan met terugvalpreventie bij depressie en de zorg voor patiënten met chronische depressie. Andere onderdelen van depressiezorg zijn al eerder onderwerp geweest van onderzoek.

Onze bevindingen sluiten aan bij de resultaten van een enquêteonderzoek onder huisartsen (n = 194) naar de verhouding tussen geleverde depressiezorg in de huisartsenpraktijk en aanbevelingen uit de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Sinnema e.a., 2010). Ook dit eerdere onderzoek wijst erop dat huisartsen globaal genomen een stepped care benadering hanteren bij de behandeling van depressie, maar dat specifieke elementen van deze aanpak minder vaak toegepast worden in de dagelijkse praktijk. Zo gaf meer dan een derde van de huisartsen aan de ernst van een nieuw gediagnosticeerde depressie niet vast te stellen. De huisartsen die wel routinematig de ernst van de depressieve klachten bepaalden, maakten daarbij doorgaans geen gebruik van instrumenten, vooral omdat ze een tekort aan tijd, kennis, en vaardigheden ervoeren en het gebruik van een instrument niet nodig achtten (Sinnema e.a., 2010). Dit komt overeen met de huidige studie waarin bijna alle geïnterviewde huisartsen aangaven geen instrument te gebruiken bij het vaststellen en monitoren van de ernst van depressieve symptomen, vooral vanwege scepsis over de meerwaarde, onbekendheid, en tijdgebrek.

Een andere bevinding uit hetzelfde enquêteonderzoek (Sinnema e.a., 2010) was dat huisartsen relatief weinig gebruikmaakten van lichte, eerste-stap interventies bij nieuw gediagnosticeerde depressie, zoals (online) zelfhulpinterventies. Ook een schriftelijke paneldiscussie onder hulpverleners en andere experts (n = 54) wijst erop dat kortdurende interventies voor de preventie en/of behandeling van psychische problemen, zoals begeleide zelfhulp, PST en online interventies, relatief weinig toegepast worden in de eerste lijn (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Deze bevindingen sluiten aan bij de resultaten van onze interviews. In het panelonderzoek werden tijdgebrek en een gebrek aan kennis of vaardigheden vaak genoemd als obstakels voor de uitvoering van dit type interventies door huisartsen (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). De meeste respondenten vonden het wel belangrijk om dit type interventies breed te implementeren in de huisartsenvoorziening,

met uitzondering van online interventies waarover de meningen uiteen liepen (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Deze laatste bevinding komt overeen met de huidige studie waarin de hulpverleners in groepsinterviews twijfels en onduidelijkheden benoemden rond het gebruik van e-health interventies voor patiënten met een depressie.

Verschillende van onze bevindingen zijn ook in lijn met een focusgroep onderzoek onder huisartsen (n = 23) naar hoe zij aankijken tegen de herkenning, diagnose en behandeling van depressie en angst (Van Rijswijk e.a., 2009). In dit onderzoek werd onder meer gevonden dat tijdgebrek en ervaren ondeskundigheid het toepassen van PST in de weg staat en dat het ontbreekt aan structurele samenwerking tussen de huisartsenpraktijk, eerstelijnspsychologen en gespecialiseerde GGZ. De deelnemende huisartsen benadrukten onder andere de behoefte aan betere samenwerking met een beperkt aantal GGZ-hulpverleners (Van Rijswijk e.a., 2009). Ook andere studies onderschrijven het belang van een betere samenwerking. In een implementatiestudie werd gevonden dat het inbedden van nieuwe, eerste-stap interventies voor lichte depressie in de dagelijkse huisartsenpraktijk onder meer bemoeilijkt werd door slechte organisatorische infrastructuren in de eerste lijn en een gebrekkige samenwerking met GGZ-instellingen (Franx e.a., 2012). In een kwantitatieve studie werd aangetoond dat een betere samenwerking van huisartsen met professionals en instellingen binnen de GGZ een gunstig effect had op het navolgen van richtlijnen voor depressie en angst door huisartsen (Prins e.a., 2010).

4.4 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat er op een aantal gebieden een kloof bestaat tussen de verleende depressiezorg in de onderzochte huisartsenpraktijken en de wenselijke depressiezorg zoals omschreven in de concept Zorgstandaard Depressie. Dit wijst op ruimte voor verbetering van de kwaliteit van depressiezorg in de huisartsenpraktijk. Belangrijke verbeterpunten zijn een meer systematische inbedding van elementen van de stepped care aanpak, de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en tweedelijns-GGZ. Daarnaast wijzen onze bevindingen erop dat de concept Zorgstandaard Depressie op onderdelen aangepast kan worden om de toepasbaarheid in de eerstelijnszorg te bevorderen. Tot slot kunnen op basis van dit verkennende onderzoek suggesties voor toekomstig onderzoek geformuleerd worden.

4.4.1 Suggesties voor verbetering van de kwaliteit van eerstelijns depressiezorg

Betere inbedding van elementen van de stepped care aanpak

De bevindingen wijzen erop dat het gebruik van kortdurende psychologische interventies voor depressieve klachten en lichte depressie, zoals zelfmanagement interventies, e-health interventies en PST, gestimuleerd kan worden in de huisartsenpraktijk. Dit geldt ook voor het gebruik van een instrument als hulpmiddel bij het vaststellen van de ernst van depressieve symptomen en het evalueren van het beloop daarvan.

Implementatie van de recent herziene NHG-Standaard Depressie (Van Weel-Baumgarten e.a., 2012) is in dit kader belangrijk. Belangrijke wijzigingen ten opzichte van de oude richtlijn zijn dat de nieuwe NHG-Standaard ook ingaat op het beleid bij depressieve klachten, meer de nadruk legt op het ondersteunen van het zelfmanagement en de eigen verantwoordelijkheid van patiënten, een grotere plaats toekent aan het bieden van kortdurende psychologische behandeling en terughoudender is met het starten met medicamenteuze behandeling. In de NHG-Standaard wordt op basis van de ernst van de klachten een onderscheid gemaakt tussen depressieve klachten, depressie/dysthymie en ernstige depressie.[13] Bij depressieve klachten wordt voorlichting aangeboden. Als dit onvoldoende effect heeft, worden kortdurende psychologische interventies (begeleide zelfhulp, al dan niet via internet; PST) als vervolgbeleid aanbevolen. Deze interventies worden ook als eerste-stap interventies bij depressie/dysthymie aanbevolen. Daarnaast geeft de NHG-Standaard aan dat voor het meten van (veranderingen in) de ernst van depressieve symptomen gebruikgemaakt kan worden van instrumenten.

Brede implementatie van kortdurende psychologische interventies en het gebruik van instrumenten bij het vaststellen en monitoren van de ernst van depressieve symptomen zal niet vanzelf gaan. Zo benoemden de geïnterviewde hulpverleners in het onderzoek bijvoorbeeld twijfels en onduidelijkheden over het gebruik van e-health interventies; en stuitten de huisartsen op praktische drempels om gebruik te maken van een instrument (o.a. gebrek aan tijd en kennis), of te twijfelen aan de meerwaarde ervan. Dit wijst op de relevantie van het vergroten van de kennis bij eerstelijns-hulpverleners over kortdurende psychologische interventies en het gebruik van meetinstrumenten. De bekendheid van kortdurende psychologische interventies kan ook onder patiënten vergroot worden. NHG-Patiëntenbrieven gebaseerd op de NHG-Standaard kunnen hier behulpzaam zijn. Daarnaast is het belangrijk dat huisartsen voldoende ondersteund worden door POH's-GGZ, waardoor een aantal van de door hen ervaren barrières (zoals gebrek aan tijd of deskundigheid) geslecht kunnen worden. POH's-GGZ kunnen een rol spelen bij het aanbieden van kortdurende psychologische interventies en het vaststellen en monitoren van de ernst van depressieve symptomen. Echter, eind 2011 maakte naar schatting maar 34% van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ.[14] Sommige huisartsen in ons onderzoek gaven aan dat de huidige regeling POH-GGZ niet aantrekkelijk is in financiële zin. In dit kader is het een positieve ontwikkeling dat in de akkoorden die het Ministerie van VWS medio 2012 gesloten heeft met zowel de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (LHV/VWS, 2012) als met partijen in de GGZ (Bestuurlijk Akkoord, 2012), afgesproken is dat er per 2013 meer budgettaire ruimte is voor extra ondersteuning in de huisartsenpraktijk door de POH-GGZ. Ook de zorgverzekeraar kan een stepped care aanpak van depressie in de eerste lijn verder stimuleren door bijvoorbeeld afspraken te maken met betrokken zorgaanbieders over het stepped care aanbod dat zij minimaal tot hun beschikking moeten hebben, inclusief kortdurende psychologische interventies, en het monitoren van het beloop van de depressieve klachten.

---

13 Daarnaast worden nog twee speciale subvormen van depressie onderscheiden: postpartum depressie en winter-depressie.

14 Bron: ROS-netwerk

Stimuleren van verdere samenwerking binnen de eerste lijn

De resultaten van dit onderzoek geven aan dat afspraken en regelmatig overleg tussen huisartsen en andere eerstelijns-zorgverleners gerichtere verwijzingen en een gezamenlijk behandelbeleid opleveren. De mate van samenwerking in de eerste lijn rond depressiezorg bleek sterk te wisselen per deelnemende praktijk, en de deelnemende zorgverleners brachten onderlinge samenwerking als een belangrijk verbeterpunt naar voren. Dit wijst erop dat goede lokale samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ gestimuleerd dient te worden in de regio's waar dit ontbreekt. Ook in dit kader is de beschikbaarheid van een POH-GGZ in de huisartsenpraktijk belangrijk, evenals de nabijheid van AMW-ers, ELP-en en/of andere aanbieders van kortdurende, generalistische zorg. Zoals reeds eerder aangegeven is er in 2013 meer budgettaire ruimte voor de inzet van POH's-GGZ, een maatregel die de financiële drempel verlaagt die sommige huisartsen nu hebben om gebruik te maken van een POH-GGZ. Daarentegen bemoeilijkt de verhoging van het eigen risico per 2012 de toegankelijkheid van ELP-en en andere aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg, wat ook belemmerend zou kunnen werken voor de samenwerking met huisartsen. Overigens zal de beperking van de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzerkering in 2014 komen te vervallen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken in 2014 een generalistische Basis-GGZ te realiseren die op uniforme wijze bekostigd gaat worden op basis van een een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties. Wat nu als eerstelijns psychologische zorg benoemd wordt zal ook gaan behoren tot de generalistische Basis-GGZ. Afgesproken is dat de generalistische Basis-GGZ alleen via de huisarts toegankelijk is, en dat behandeling alleen gestart wordt als er sprake is van een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren.

Zorgverzekeraars zouden de samenwerking binnen de eerste lijn kunnen stimuleren door bijvoorbeeld verbeterprojecten rond (de organisatie van) depressiezorg te financieren en/of van elke huisartsenpraktijk te vragen een document te overleggen waarin afspraken vastgelegd zijn over de lokale organisatie van depressiezorg.

Stimuleren van communicatie en samenwerking tussen eerste lijn en tweedelijns-GGZ

De resultaten van het onderzoek wijzen erop dat er nog veel ruimte bestaat voor het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen de eerste lijn en tweedelijns-GGZ-instellingen rond depressiezorg. Met goede communicatie en samenwerking kan bereikt worden dat personen met een lichte depressie niet (te snel) worden doorverwezen naar de tweedelijns-GGZ en dat personen na behandeling in de tweede lijn (sneller) terugverwezen worden naar de eerste lijn, ook voor terugvalpreventie of zorg bij chronische depressie. In het Bestuurlijk Akkoord is de afspraak gemaakt toe te werken naar een gespecialiseerde GGZ die gericht is op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe psychische stoornissen. Wanneer behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet meer nodig is, zouden patiënten terugverwezen moeten worden naar de huisartsenzorg of de generalistische Basis-GGZ.

Uit het onderzoek komen verschillende aanknopingspunten naar voren voor het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Er lijkt nu geen financiële stimulans te bestaan voor goede samenwerking. Financiële prikkels, zoals ketenfinanciering, kunnen tweedelijns-GGZ-instellingen stimuleren om meer werk te maken van de samenwerking met de eerste lijn. Ook zou de berichtgeving naar de huisarts een speerpunt moeten vormen in het beleid van GGZ-instellingen. Digitale berichtgeving op vaste momenten in de behandeling zijn een voorwaarde voor goede ketenzorg. De recent uitgebrachte NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en tweedelijns-GGZ (NHG, 2011) kan hiervoor een leidraad zijn. De ontwikkeling van een keteninformatiesysteem met digitale informatie over diagnostiek en behandeling en de mogelijkheid tot het delen van informatie over (de voortgang van) de patiënt kan hierbij ondersteunen. De communicatie tussen de eerste en tweede lijn kan ook verbeterd worden door het instellen van een vast aanspreekpunt bij GGZ-instellingen voor eerstelijns-hulpverleners die een individuele patiënt willen bespreken of een consultvraag hebben. Tot slot zou het inroepen van een GGZ-specialist voor de diagnostiek of behandelbeleid bij een patiënt met psychische problemen in de huisartsenpraktijk meer gemeengoed moeten worden. In het kader van het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken om de mogelijkheid te onderzoeken om per 2014 de bekostiging van de POH-GGZ module geheel functioneel te maken, zodat het onder meer ook mogelijk wordt om binnen deze module een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog te consulteren (Bestuurlijk Akkoord, 2012).

Het is de bedoeling dat een sterke eerstelijns-GGZ ook toegerust is om terugvalpreventie en chronische zorg te bieden, waardoor mensen met een ernstige depressie na behandeling in de tweedelijns-GGZ vaker en sneller terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn. Echter, de huisartsen die aan ons onderzoek deelnamen waren doorgaans niet goed bekend met specifieke psychologische interventies gericht op terugvalpreventie of chronische depressie. Ook de nieuwe NHG-Standaard is summier in dit opzicht (Van Weel-Baumgarten e.a., 2012). In dat kader is het interessant dat er in Nederland momenteel twee onderzoeken lopen naar de effectiviteit van psychologische interventies (preventieve cognitieve training[15] en mindfulness based cognitieve therapie[16]) gericht op het voorkomen van terugval.

Naast het ontwikkelen van effectieve interventies, is het belangrijk om te onderzoeken hoe de eerste en tweede lijn het beste kunnen samenwerken bij het bieden van terugvalpreventie en chronische zorg. Het Trimbos-instituut voert momenteel onderzoek uit naar de (kosten-)effectiviteit van een collaborative care zorgmodel voor chronisch depressieve en/of angstige patiënten. In het zorgmodel zet de huisarts de zorg aan chronische patiënten voort, in samenwerking met een zorgmanager (SPV/psycholoog) en met ondersteuning van hulpverleners uit de tweede lijn. De behandeling richt zich vooral op zelfmanagement en verbetering van functioneren (rehabilitatie).[17]

15 www.doorbreek-depressie.nl
16 www.moment-onderzoek.nl
17 www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/projecten/71/0/71-008-rehabilitatie-door-zelfmanagement-voor-ambulante-patienten-met-chronische-angst-en-depressie

4.4.2 Suggesties voor de doorontwikkeling van de Zorgstandaard Depressie

Bevindingen uit het onderzoek wijzen erop dat de aanbevelingen van de concept Zorgstandaard Depressie (Van de Lindt & Volker, 2011) niet altijd even goed aansluiten bij de huisartsenpraktijk. De concept Zorgstandaard Depressie gaat – in navolging van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Richtlijnconsortium Nederland, 2010) – uit van een relatief complexe indeling van depressie in zes categorieën op basis van ernst en duur, terwijl de huisartsen in ons onderzoek een eenvoudiger onderscheid maakten tussen depressieve klachten, depressie en complexe depressie. Deze categorisering stemt overeen met het in de herziene NHG-Standaard Depressie toegepaste onderscheid tussen depressieve klachten, depressie/dysthymie en ernstige depressie (Van Weel-Baumgarten e.a., 2012).[18]

Om de aansluiting met de eerste lijn te bevorderen zou in de verdere uitwerking van de Zorgstandaard Depressie voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van depressie een duidelijker onderscheid gemaakt moeten worden tussen de eerste lijn en tweedelijns-GGZ. Wat betreft de huisartsenzorg is het zinvol aansluiting te zoeken bij de NHG-Standaard. Op basis van de bovengenoemde indeling in goed herkenbare patiëntgroepen wordt in de NHG-Standaard een overzichtelijk stepped care behandelaanbod aanbevolen. Dit biedt voor huisartsen meer duidelijkheid over welke interventies wanneer ingezet kunnen worden bij welke patiënten.

In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken om naast de huisartsenzorg, een onderscheid te gaan maken tussen generalistische Basis-GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) en gespecialiseerde GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen). Wat nu als eerstelijns psychologische zorg benoemd wordt zal ook gaan behoren tot de generalistische Basis-GGZ, en de afspraak is dat per 2014 voor de generalistische Basis-GGZ een uniforme bekostiging wordt ingevoerd op basis van een een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties (Bestuurlijk Akkoord, 2012). Het ligt voor de hand dat de Zorgstandaard Standaard aan gaat sluiten bij deze toekomstige ordening van de GGZ.

De suggesties ten aanzien van de verdere doorontwikkeling van de Zorgstandaard Depressie brengen een meer fundamenteel punt aan de orde, namelijk dat de invalshoek van de concept Zorgstandaard Depressie grotendeels stoornisgericht en specialistisch is. De eerste lijn kenmerkt zich door een klachtgerichte en integrale werkwijze. In de eerste lijn komen zorgverleners dan ook overwegend in aanraking met patiënten met (ongedifferentieerde) psychische klachten en verhoudingsgewijs weinig met patiënten met een ernstige depressie. Het aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt kan wringen met een stoornisgerichte benadering van depressie (Van Rijswijk e.a., 2009; Verhaak, 2011). De Zorgstandaard Depressie kan winst behalen door, naast de stoornisgerichte benadering, meer aandacht te besteden aan de integrale, klachtgerichte benadering om een goede aansluiting met de eerste lijn te bewerkstelligen. Daarbij dient dan wel aangegeven te worden voor welke patiëntengroepen welke benadering passend en effectief is.

18 Daarnaast worden nog twee speciale subvormen van depressie onderscheiden: postpartum depressie en winterdepressie.

4.4.3 Suggesties voor verder onderzoek

Dit onderzoek betrof een verkennend, overwegend kwalitatief onderzoek bij een relatief kleine onderzoekspopulatie (zes huisartsen; 22 andere zorgverleners). Het verdient aanbeveling om in een vervolgonderzoek na te gaan of de bevindingen representatief zijn voor de Nederlandse huisartsenpraktijk. Het is relevant om in toekomstig onderzoek ook het perspectief van patiënten mee te nemen. Hoe kijken zij aan tegen de kwaliteit van de geleverde depressiezorg in de eerste lijn en wat kan er volgens hen beter? Ook het perspectief van de tweedelijns-GGZ is in het huidige onderzoek nauwelijks aan bod gekomen, omdat er vanwege de gebrekkige samenwerking weinig zorgverleners uit de tweede lijn door de huisartsen werden uitgenodigd voor de groepsinterviews. Het is wenselijk een overzicht te krijgen van goed werkende samenwerkingsinitiatieven tussen de eerste lijn en tweedelijns-GGZ en de rollen van de verschillende zorgaanbieders en andere partijen hierbij, zodat van goede praktijkvoorbeelden geleerd kan worden hoe de samenwerking tussen de lijnen te verbeteren. Deze informatie is belangrijk voor het realiseren van de voorgenomen andere ordening van de GGZ, waarbij beoogd wordt dat een aanzienlijk deel van de patiënten die nu in de tweedelijns-GGZ worden geholpen, overgenomen gaat worden in een sterke huisartsenzorg en generalistische Basis-GGZ.

Referenties

Adams, A.S., Soumerai, S.B., Lomas, J., e.a. (1999). Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 187-192.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html

Burgers, J.S., Grol, R.P., Zaat, J.O., e.a. (2003). Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *British Journal of General Practice*, 53, 15-19.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2012). *Ontwikkeling van zorgstandaarden. Een tussenbalans*. Den Haag: ZonMW.

Franx, G., Meeuwissen, J.A., Sinnema, H., e.a. (2009). Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *International Journal of Integrated Care*, 9, e84.

Franx, G., Oud, M., Lange, J. de J., e.a. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. *Implementation Science*, 7:8.

Gommer, A., Poos, M. & Hoeymans, N. (2010). Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor 56 geselecteerde aandoeningen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>

Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, e.a. (2011). *Verzuim door psychische en somatisch aandoeningen bij werkenden*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hardeveld, F., Spijker, J., Graaf, R. de, e.a. (2012). Recurrence of major depression and its predictors in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43, 39-48.

Hermens, M.L.M., Hout, H.P.J. van, Terluin, B., e.a. (2007). Clinical effectiveness of usual care with or without antidepressant medication for primary care patients with minor or mild-major depression: a randomized equivalence trial. *BMC Medicine*, 5, 36.

Joling, K.J., Marwijk, H.W.J. van, Piek, E., e.a. (2011). Do GPs' medical records demonstrate a good recognition of depression? A new perspective on case extraction. *Journal of Affective Disorders*, 133, 522-527.

Lambert, H. & Wood, W. (1987). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press.

Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., e.a. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PloS Medicine*, 5, 260-268.

LHV/VWS (2012). Convenant huisartsenzorg 2012/2013 tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2012/06/22/convenant-huisartsenzorg-2012-2013.html

Licht, E., Jellema, J.L., Meere, M., e.a. (2012). *Invoering van een collaborative care zorgmodel in de setting van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lindt, S. van de & Volker, D. (2011). *Eindtekst voor de Zorgstandaard Depressie. Versie 5.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lugtenberg, M., Vries, P. de, Evertse, A., e.a. (2010). Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? *Huisarts en Wetenschap*, 53, 13-19.

Markhorst, J., Calsbeek, H., Keizer, E., e.a. (2009). *Publieke indicatoren zorgmanagement in de eerste lijn. Deel 12 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg*. Nijmegen: IQ healthcare.

Marwijk, H.W.J. van, Grundmeijer, H.G.L.M., Gelderen, M.G. van, e.a. (2003). NHG Standaard Depressieve Stoornis. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-633.

MaxQda 2007 (2007). VERBI Software. *Consult. Sozialforschung*. Marburg: GmbH.

Meeuwissen, J., Wijngaarden, B. van & Smit, F. (2009). *Indicatoren voor ketentoezicht op het ziektetraject bij depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

NHG (2011). *NHG-Richtlijn informatie uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

NZa (2011). *Advies Basis GGZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Prins, M.A., Verhaak, P.F., Smolders, M., e.a. (2010). Patient Factors Associated with Guideline-concordant Treatment of Anxiety and Depression in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 648-655.

Prins, M.A., Verhaak, P.F., Meer, K. van der, e.a. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119, 163-171.

Rhebergen, D., Batelaan, N.M., Graaf, R. de, e.a. (2011). The 7-year course of depression and anxiety in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 297-306.

Richtlijnconsortium Nederland (2010). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rijswijk, E. van, Hout, H. van, Lisdonk, E. van de, e.a. (2009). Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Family Practice*, 10, 52.

Sinnema, H., Franx, G., Spijker, J., e.a. (2010). Geboden zorg bij depressie en richtlijnaanbevelingen: aanknopingspunten voor het bevorderen van implementatie van richtlijnen. In J.Nuijen (Ed.), *Trendrapportage GGZ 2010. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit* (pp 129-154). Utrecht: Trimbos-instituut.

Sinnema, H., Franx, G., & Land, H. van 't (2009). *Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Slobbe, L.C.J., Smit, J.M., Groen, J., e.a. (2011). *Kosten van ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010*. Bilthoven: RIVM.

Smolders, M., Laurant, M., Roberge, P., e.a. (2008). How well do GPs fulfill their educator role in consultations for depression and anxiety? *Patient Education and Counseling*, 73, 389-395.

Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., e.a. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 31, 460-469.

Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., e.a. (2010). Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Medical Care*, 48, 240-248.

Spies, T., Mokkink, H., Vries Robbé, P. de, e.a. (2004). Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 364-367.

Spijker, J., Graaf, R. de, Bijl, R.V., e.a. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.

Spijker, J., Vliet, I.M. van, Meeuwissen, J.A.C., e.a. (2010). Update of the multidisciplinary guidelines for anxiety and depression. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 715-718.

Stirbu-Wagner, I., Dorsman, S.A., Visscher, S., e.a. (2010). *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ.

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ. (2010). *Kernset prestatie-indicatoren 2011 – geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Den Haag: Vijfkeerblauw.

Terluin, B., Marwijk, H.W.J. van, Adèr, H.J., e.a. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6, 34.

Veerbeek, M., Stirbu-Wagner, I., Verhaak, P.F.M., e.a. (2012). Huisartsenzorg voor volwassene en ouderen met psychische problemen tussen 2002-2010. In: Nuijen, J. (red.), *Trendrapportage GGZ 2012. Deel 2a: Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ven, G. van de, Smolders, M., Calsbeek, H., e.a. (2009). Publieke indicatoren eerstelijns depressiezorg. *Deel 5 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg*. Nijmegen: IQ healthcare.

Verhaak, P.F.M. (2011). *Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiariseren of normaliseren?* Oratie. Utrecht: NIVEL.

Verhaak, P.F.M., Dijk, C.E. van, Nuijen, J., e.a. (2012). Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 156-162.

Volkers, A., Jong, A. de, Bakker, D. de, e.a. (2005). *Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL.

VWS (2008). *Programmatische aanpak van chronische ziekten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2011a). *Verzoek om uitvoeringstoets Basis GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2011b). *Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Weel-Baumgarten, E. van, Gelderen, G. van, Grundmeijer, H., e.a. (2012). NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 55, 252-259.

Zwaanswijk, M. & Verhaak, P.F.M. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening*. Utrecht: NIVEL.

Bijlage 1
Uitwerking indicatoren voor wenselijke depressiezorg

Op basis van al bestaande landelijke indicatorensets in de eerste en tweede lijn werd gezocht naar indicatoren die de vijf genoemde deelgebieden in de concept Zorgstandaard Depressie bestrijken. De volgende bestaande sets indicatoren zijn geraadpleegd:

A. De door IQ Healthcare ontwikkelde publieke eerstelijns indicatoren rond depressie (Van de Ven e.a., 2009);
B. De door het Trimbos-instituut ontwikkelde indicatoren voor ketentoezicht op het ziektetraject bij depressie (Meeuwissen e.a., 2009);
C. De door IQ Healthcare ontwikkelde eerstelijns publieke indicatoren rond zorgmanagement (Markhorst e.a., 2009);
D. De door de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2010) ontwikkelde tweedelijns kernset prestatie-indicatoren voor de GGZ.

De indicatorenset is in fasen ontwikkeld. Op basis van de vier bestaande indicatorensets is door drie onderzoekers[19] een selectie gemaakt van indicatoren die passen bij de vijf deelgebieden van depressiezorg die in de concept Zorgstandaard Depressie onderscheiden worden. De bestaande indicatoren zijn in de uitwerking waar nodig licht aangepast in de terminologie, voor een goede aansluiting bij het huidige onderzoek naar wenselijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk. Wanneer een concrete uitwerking van een bestaande indicator ontbrak werd deze door de onderzoekers uitgewerkt. Voor deelgebieden van de concept Zorgstandaard waarvoor geen bestaande indicatoren beschikbaar waren, ontwikkelden de onderzoekers de indicatoren zelf. De conceptset van indicatoren werd aan experts[20] op het gebied van indicatorenontwikkeling en implementatie van richtlijnen voorgelegd en op basis van de commentaren zijn aanpassingen gedaan. Dit heeft zich herhaald totdat de definitieve set werd vastgesteld.

De definitieve set telde elf indicatoren, waarvan zeven bestaande en vier nieuw ontwikkelde. De indicatorenset bevat proces- en structuurindicatoren; niet de uitkomsten van zorg maar de voorwaarden die wenselijke depressiezorg mogelijk maken kunnen met deze indicatoren gemeten worden. Op de volgende pagina's staat een uitwerking van de volgende set van 11 indicatoren.

19 A. Muntingh, S. van Dijk en M. Hermens.
20 M. Hermens, G. Franx en P. van Splunteren.

Uitwerking indicatoren per deelgebied van depressiezorg

Deelgebied 1: Vroege onderkenning en geïndiceerde preventie

1.1	**Gebruik van een screeningslijst bij patiënten bij wie een depressie wordt vermoed (Bron: B, p.26)**
	Doelgroep: Patiënten bij wie de huisarts depressieve klachten of een depressie vermoedt.
	Interventies: Het gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument uit de volgende lijst (verwijzingen in bron te vinden op p.26): • INSTEL • DHS • 4DKL • HADS • PHQ-9
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk.
	Teller: Aantal patiënten in de doelgroep dat gescreend wordt op depressieve klachten waarbij een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst wordt toegepast.
	Noemer: Aantal patiënten in de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

Deelgebied 2: Zelfmanagement en e-health interventies

2.1	**Aanbieden van zelfmanagement en/of e-health interventies aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie (Bron: B, p. 28)**
	Doelgroep: Patiënten waarbij depressieve klachten of een lichte depressie zijn vastgesteld, en die van mening zijn dat zij zonder (professionele) hulp de klachten niet de baas kunnen worden.
	Interventies: • Bibliotherapie in schriftelijke vorm • E-Health interventies (interventies via internet) zoals 'Kleur je leven', 'Beating the Blues' en 'Alles onder controle' • Zelfhulpgroepen • Cursussen als 'Grip op je dip', 'In de put, uit de put', 'Lichte dagen, donkere dagen', 'De verhalen die we leven', 'Op zoek naar zin' • Fysieke inspanning (Running therapie)
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk kan verwijzen naar één van de bovenstaande interventies, of de patiënt begeleiden bij het volgen van de interventie.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep dat tenminste één interventie uit de bovenstaande lijst krijgt aangeboden.
	Noemer: Alle patiënten uit de doelgroep.
	Tijdsperiode: Het afgelopen jaar.

Deelgebied 3: Diagnostiek en behandeling volgens het stepped-care model

3.1	**Meten van de ernst van de depressie voorafgaand aan eventuele behandeling (Bron: B, p.27)**
	Doelgroep: Patiënten bij wie sprake is van een vermoeden van depressieve klachten of een depressie. Dit vermoeden is door de arts genoteerd in het dossier (aan de hand van ICPC-codes P03 of P76).
	Interventie: Afnemen van een ernstmaat voor depressie voorafgaand aan de behandeling, in de vorm van een interview of door middel van een zelfinvullijst, met een gevalideerd instrument (verwijzingen in bron te vinden op p. 27). *Interviewinstrument/beoordelaarslijst:* • HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression • MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale • BRMS: Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale • IDS-C: Inventory for Depressive Symptomatology Zelfinvullijst: • SDS: Zung Self-rating Depression Scale • BDI: Beck Depression Inventory • IDS-SR: Inventory for Depressive Symptomatology
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep bij wie een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst voor het meten van de ernst van de depressieve klachten is afgenomen.
	Noemer: Aantal patiënten van wie de arts in het dossier heeft genoteerd (aan de hand van ICPC-codes P03 of P76) dat er een vermoeden bestaat van depressieve klachten.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

3.2	**Aanbieden van voorlichtingsmateriaal aan patiënten met een depressie (Bron: C, p.7 nr. 4)**
	Toelichting: Bij alle patiënten bij wie een depressie is vastgesteld dient de basisinterventie psycho-educatie gegeven te worden. Echter, van mondelinge informatie tijdens het consult komt soms weinig over of blijft soms weinig hangen. Ondersteuning van een consult door voorlichtingsmateriaal is dan nodig. Deze indicator geeft uitdrukking aan het belang dat een zorgverlener hecht aan ondersteuning van een consult met extra informatie.
	Doelgroep: Patiënten bij wie een depressie is vastgesteld.
	Interventies: Het aanbieden van voorlichtingsmateriaal dat de mondelinge informatie door de huisarts ondersteunt. Dit kunnen zijn: • Een of meer NHG-patiëntenbrieven (PBP1a-Depressie algemeen; PBP1b-Antidepressiva; PBP1c-Verwijzing naar een psycholoog; PBP1d-Geleidelijk weer actief) • Folders • Schriftelijk en/of beeldmateriaal • Internetverwijzingen
	Uitvoerder: Huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep dat tenminste één vorm van voorlichtingsmateriaal uit bovenstaande lijst kreeg aangeboden.
	Noemer: Alle patiënten uit de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

3.3	**Aanbieden van eerste stap en kortdurende interventies aan patiënten met een lichte depressie (Eigen indicator concept, Zorgstandaard Depressie p. 49)**
	Doelgroep: Patiënten bij wie een lichte depressie is vastgesteld.
	Interventies: 1. Activerende begeleiding: gericht op mogelijkheden van een zinvolle dagbesteding en activiteiten. 2. Counseling: persoonlijke begeleiding gericht op omgaan met emotionele en sociale problemen. 3. Psychosociale interventies: gericht op maatschappelijke en sociale problemen. 4. Problem Solving Treatment: kortdurende oplossingsgerichte therapie. 5. Kortdurende (generalistische) behandeling: eerstelijns psychologische zorg.
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk kan verwijzen naar een interventie, of de patiënt begeleiden bij het volgen van de interventie.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep dat tenminste één interventie uit de bovenstaande lijst krijgt aangeboden.
	Noemer: Alle patiënten uit de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

3.4	**Aanbieden van psychotherapie en/of farmacotherapie aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie (Eigen indicator concept, Zorgstandaard Depressie p. 55)**
	Toelichting: Bij mensen met een matige tot ernstige depressie heeft psychotherapie of psychofarmacotherapie de voorkeur. Mensen met een terugkerende depressie krijgen bij voorkeur een combinatiebehandeling.
	Doelgroep: Patiënten waarbij een matige tot ernstige depressie is vastgesteld of patiënten die vaker last hebben gehad van depressieve episodes.
	Interventies: 1. Psychotherapie: (cognitieve) gedragstherapie, interpersoonlijke therapie of kortdurende psychodynamische psychotherapie. 2. Antidepressiva (zoals SSRI's of TCA's).
	Uitvoerder: Psychotherapie wordt gegeven door een (eerstelijns)psycholoog/psychotherapeut of in de specialistische GGZ. Psychofarmaca worden voorgeschreven door de huisarts, of in de specialistische GGZ.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep dat tenminste één interventie uit de bovenstaande lijst krijgt aangeboden.
	Noemer: Alle patiënten in de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

3.5	**Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten met een gevalideerd instrument (Bron: D, p.19)**
	Doelgroep: Patiënten bij wie depressieve klachten of een depressie zijn vastgesteld en die binnen de huisartsenpraktijk worden behandeld.
	Interventie: Tijdens de behandeling wordt regelmatig een meting gedaan naar de verandering van de ernst van de problematiek (monitoring). Hiervoor wordt een gevalideerd instrument gebruikt (zie indicator 3.1). *Interviewinstrument/beoordelaarslijst:* • HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression • MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale • BRMS: Bech Rafaelsen Melancholia Rating Scale • IDS-C: Inventory for Depressive Symptomatology *Zelfinvullijst:* • SDS: Zung Self-rating Depression Scale • BDI: Beck Depression Inventory • IDS-SR: Inventory for Depressive Symptomatology
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk.
	Teller: Het aantal patiënten in de doelgroep bij wie tijdens de behandeling regelmatig een meting van de ernst van de problematiek is uitgevoerd met een gevalideerd instrument uit bovenstaande lijst.
	Noemer: Het aantal patiënten in de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

Deelgebied 4: Ketenzorg en collaborative care bij terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie

4.1	**Maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie (wie doet wat) (Bron: A, p.9 nr.13)**
	Doelgroep: Patiënten met een terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie waarbij in de depressiezorg meerdere disciplines, waaronder de huisarts, betrokken zijn.
	Interventie: Voor de continuïteit van de zorg is het van belang dat de verschillende behandelaars afspraken maken over het te volgen beleid. Het moet voor zowel de patiënt als deze behandelaars duidelijk zijn wat het te volgen beleid is en wie waarvoor verantwoordelijk is. Deze afspraken staan genoteerd in het patiëntendossier (in het HIS).
	Uitvoerder: Huisarts of andere zorgverlener die toegang heeft tot het HIS.
	Teller: Percentage patiënten uit de doelgroep waarbij tijdens de behandeling afspraken zijn genoteerd in het medisch dossier van de huisarts over samenwerking in de behandeling (wie is waar verantwoordelijk voor).
	Noemer: Alle patiënten in de doelgroep.
	Tijdsperiode: Het afgelopen jaar.

4.2	**Maken van afspraken over terugverwijzing van patiënten uit de tweede lijn (Bron: C, p.10 nr. 17)**
	Interventie: Er zijn schriftelijke afspraken met de tweede lijn over terugverwijzing van patiënten naar de huisarts. Afspraken over het beleid bij terugverwijzing van patiënten voorkomen dat patiënten langer dan nodig in de tweede lijn blijven. Hier zijn de verschillende partijen, niet in de laatste plaats patiënten zelf, bij gebaat.
	Teller: Geen, dit is een dichotome variabele (ja/nee).
	Noemer: Geen, dit is een dichotome variabele (ja/nee).
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

Deelgebied 5: Terugvalpreventie, herstel en participatie

5.1	**Aanbieden van terugvalpreventie (Eigen indicator concept, Zorgstandaard Depressie p. 65-68)**
	Doelgroep: Patiënten die na behandeling in de eerste of na terugverwijzing uit de tweede lijn zijn hersteld van een depressie.
	Interventies: 1. Maken van een signalerings- of terugvalpreventieplan; 2. Continuering van de medicatie tot tenminste zes maanden na herstel; 3. Laagfrequente contacten met het accent op het voorkómen van terugval.
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk kan verwijzen naar een interventie, of de patiënt bij de interventie begeleiden.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep waarbij tenminste één interventie uit bovenstaande lijst is aangeboden.
	Noemer: Het aantal patiënten in de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

5.2	**Aanbieden van structurele begeleiding aan patiënten met een chronische depressie (die zijn terug-verwezen uit de tweede lijn) (Eigen indicator concept, Zorgstandaard Depressie p. 61)**
	Toelichting Bij mensen die zijn behandeld voor een depressie, maar die ondanks verschillende behandelstappen onvoldoende herstellen, blijft het noodzakelijk om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te borgen, klachtenbeloop te monitoren en in het geval van verslechtering of bij bijkomende problematiek snel en adequaat te interveniëren. Laagfrequente contacten op structurele basis met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties in sociaal en maatschappelijk functioneren en care hebben de voorkeur.
	Doelgroep: Patiënten die worden terugverwezen uit de tweede lijn, maar die niet volledig zijn hersteld van de depressie (therapie-resistente of chronische depressie).
	Interventie: Laagfrequente contacten op structurele basis met het accent op begeleiding, uitleg, voorkomen van complicaties en maatschappelijk functioneren.
	Uitvoerder: De huisarts of een andere zorgverlener werkzaam in de huisartsenpraktijk.
	Teller: Aantal patiënten uit de doelgroep waarbij laagfrequente contacten zoals hierboven beschreven zijn aangeboden.
	Noemer: Het aantal patiënten in de doelgroep.
	Tijdsperiode: Niet expliciet, het afgelopen jaar.

Referenties

Braspenning, J., Dijkstra, R., Tacken, M., e.a. (2007). *Visitatie Instrument Accreditatie (VIA)*. Nijmegen/Utrecht.

Lindt, S. van de & Volker, D. (2011). *Eindtekst voor de Zorgstandaard Depressie juni 2011, versie 5.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Markhorst, J., Calsbeek, H., Keizer, E., e.a. (2009). *Publieke indicatoren zorgmanagement in de eerste lijn. Deel 12 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg*. Nijmegen: IQ healthcare.

Meeuwissen, J., Wijngaarden, B. van & Smit, F. (2009). *Indicatoren voor ketentoezicht op het ziektetraject bij depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2010). *Kernset prestatieindicatoren 2011 – geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Den Haag: Vijfkeerblauw.

Ven, G. van de, Smolders, M., Calsbeek, H. e.a. (2009). *Publieke indicatoren eerstelijns depressiezorg. Deel 5 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg*. Nijmegen: IQ healthcare.

Bijlage 2
Uitgebreide bespreking van de resultaten over de werkelijke zorg en de beïnvloedende factoren

Deelgebied 1: Vroege onderkenning en geïndiceerde preventie

De huisartsen zijn alert op signalen van depressie en zetten soms een screeningsinstrument in
De huisartsen geven aan alert te zijn op signalen die kunnen wijzen op een depressie door goed te luisteren naar de patiënt. Zij denken aan een depressie als patiënten zelf aangeven somber te zijn of niet lekker in hun vel te zitten, als patiënten zich melden met klachten met 'vitale kenmerken' (bv. slecht slapen, slecht eten) of als zij veel verschillende lichamelijke klachten hebben. Een aantal huisartsen neemt bij het vermoeden van depressie een vragenlijst af of laat deze afnemen door een POH-GGZ. Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 1.1) blijkt dat vier huisartsen soms tot vaak een screeningsinstrument (doorgaans de 4DKL[21]; Terluin e.a., 2006) gebruiken bij patiënten bij wie zij een depressie vermoeden. Twee huisartsen geven aan nooit een screeningsinstrument toe te passen.

Geïndiceerde preventie bestaat voornamelijk uit een vinger aan de pols houden
De huisartsen letten extra op het ontstaan van depressieve klachten bij risicogroepen, waaronder mensen die eerder een depressie hebben gehad, mensen met een chronische ziekte of een nieuw gediagnosticeerde aandoening, of mensen die een ingrijpende levensgebeurtenis hebben doorgemaakt (zoals het verlies van een dierbare). Deze patiënten laten ze soms nog een keer extra terugkomen.

> *Huisarts 1: "Ook als ik niet direct denk aan een depressie, maar mensen zijn wel down, of neerslachtig, of het gaat even niet met de opleiding, dan benoem ik altijd wel een aantal zaken waar ze op moeten letten. Als ze afvallen, of ze kunnen niet slapen, of ze krijgen gedachten van 'ik wil er eigenlijk wel een eind aan maken of dat soort dingen', dat ze dan echt bij mij aan de bel moeten trekken."*

21 Vierdimensionale Klachtenlijst

Beïnvloedende factoren
Omtrent het gebruik van screeningsinstrumenten komen de volgende beïnvloedende factoren naar voren:

- *De hulpverleners die een screeningsinstrument gebruiken vinden het een goed-hulpmiddel om klachten te onderscheiden en te bespreken met de patiënt*
  De huisartsen die een screeningsinstrument gebruiken, doen dit vooral om onderscheid te kunnen maken tussen depressie, angst, stress en lichamelijke klachten. Ook geven ze aan dat het gebruik van een screeningsinstrument een aanknopingspunt biedt om de klachten te bespreken met de patiënt. De huisartsen die soms een screeningsinstrument gebruiken doen dit alleen als ze zelf geen duidelijk idee hebben over de aard van de klachten. De huisartsen die nooit een screeningsinstrument gebruiken zien er de meerwaarde niet van, vinden vragenlijsten waarmee ze bekend zijn niet goed, hebben er geen ervaring mee of vinden het te veel tijd kosten.
- *Afspraken binnen de praktijk zorgen voor meer systematische afname van een screeningsinstrument*
  De huisartsen die binnen de praktijk afspraken hebben gemaakt over het behandelbeleid bij depressie geven aan dat binnen hun praktijk nu vaker een screeningsinstrument wordt ingezet bij patiënten met depressieve klachten. Deze afspraken waren gemaakt in het kader van verbeterprojecten voor de depressiezorg.

Deelgebied 2: Zelfmanagement en e-health

Stimuleren van zelfmanagement bestaat vooral uit advies
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 2.1) blijkt dat vier huisartsen in verschillende mate gebruikmaken van of verwijzen naar zelfmanagementinterventies (te weten fysieke inspanning, bibliotherapie en groepscursussen), variërend van soms tot vaak. Twee huisartsen maken nooit gebruik van zelfmanagementinterventies. Uit de interviews blijkt dat de huisartsen zelfmanagement belangrijk vinden en vooral proberen zelfmanagement bij de patiënt te stimuleren door adviezen te geven: voldoende bewegen, goed eten, naar buiten gaan, niet te streng zijn voor jezelf. Sommige huisartsen verwijzen naar de (psychosomatisch) fysiotherapeut. Een aantal van de geïnterviewde POH's-GGZ geeft bibliotherapie in combinatie met begeleidende gesprekken. De huisartsen verwijzen weinig naar preventieve interventies zoals running therapie of groepscursussen die worden aangeboden door GGZ-instellingen.

Er wordt mondjesmaat gebruik gemaakt van e-health
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 2.1) blijkt dat geen van de huisartsen gebruik maakt van e-health interventies (interventies via internet) zoals *'Kleur je leven'*, *'Beating the Blues'* en *'Alles onder controle'*. Sommige van de huisartsen hebben interesse om e-health (meer) te gaan toepassen en willen bijvoorbeeld aan de slag met een training in e-health of willen schermen ophangen in de wachtkamer met links naar betrouwbare websites. Slechts één POH-GGZ gebruikt e-health in de dagelijkse praktijk.

Beïnvloedende factoren

- *De POH-GGZ maakt vergeleken met andere hulpverleners meer gebruik van zelf-management (met name bibliotherapie).* De POH's-GGZ en de huisartsen geven aan dat patiënten hier behoefte aan hebben. De hulpverleners zien als voordeel van e-health dat het een methode is die informatie stapsgewijs en met veel oefeningen aanbiedt aan de patiënt. Een POH-GGZ die gebruikmaakt van e-health heeft hier een cursus in gevolgd in het kader van het beleid van het gezondheidscentrum. Naar preventieve cursussen bij de GGZ wordt weinig verwezen vanwege financiële drempels, de afstand naar een GGZ-instelling of patiëntvoorkeur. Het cursusaanbod van het AMW is niet altijd bekend bij de huisarts.
- *De hulpverleners benoemen veel twijfels en onduidelijkheden over het gebruik van e-health.* Als nadelen van e-health noemen de hulpverleners onduidelijkheid over voor wie e-health effectief is, welke websites betrouwbaar zijn, hoe de financiering geregeld is, hoe het contact met een hulpverlener is gewaarborgd en of de patiënt goed met internet moet kunnen omgaan. De hulpverleners die (nog) geen gebruik-maken van e-health noemen hiervoor ook een aantal praktische redenen zoals er niet mee bekend zijn, geen collega's hebben die er gebruik van maken, ontbreken van scholing of tijd om zich hier in te verdiepen.

Deelgebied 3: Diagnostiek en behandeling volgens het stepped care model

In dit deelgebied worden achtereenvolgens diagnostiek en ernstbepaling, toepassing van basisinterventies en stepped care behandelen besproken.

Diagnostiek en ernstbepaling

Het is vaak lastig voor de huisartsen om de diagnose depressie te stellen

De huisartsen komen tot een diagnose depressie door vragen te stellen aan de patiënt en te letten op lichamelijke signalen, uitdrukking en spraak. Zij vragen de symptomen uit (vaak aan de hand van de NHG-Standaard Depressieve stoornis), informeren naar het functioneren en de duur van de klachten. Sommigen gebruiken bij de diagnostiek ook de score op de 4DKL. Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 3.1) blijkt dat vier praktijken nooit gebruikmaken van een instrument om de ernst van een depressie te bepalen. De twee praktijken die aangeven wel een instrument te gebruiken (zoals de BDI) doen dit soms tot regelmatig.

Mensen met depressieve klachten hebben vaak ook last van andere klachten of problemen, zoals overspanning, angst, lichamelijke klachten, ingrijpende gebeurte-nissen of sociale problemen. Deze interactie van klachten en problemen benoemen de huisartsen als complicerende factor bij het stellen van een diagnose, met name bij de lichtere vormen van depressie. Sommige huisartsen spreken liever niet van een depressie wanneer deze een duidelijke oorzaak heeft. Alleen wanneer er volgens de huisartsen sprake is van een duidelijke diagnose depressie coderen zij dit in het HIS.

> *Huisarts 4: "Meestal hangen dingen met elkaar samen, problemen op het werk, iemand is van baan veranderd, een doodgeboren kindje. Het*

gaat niet zo van, hup, iemand heeft een depressie, dat is het. Je kijkt veel meer naar de problemen, waar kampt iemand mee? En dat is natuurlijk de vraag, je gaat in op wat de patiënt aan je voorlegt."

Als de huisartsen er tijdens een consult niet goed achterkomen of er sprake is van een depressie, of als zij vermoeden dat er aanvullende psychiatrische problemen spelen, verwijzen ze door naar of consulteren zij GGZ-hulpverleners, zoals de POH-GGZ of de ELP.

De huisartsen maken met name een indeling in depressieve klachten, depressie en een complexe depressie

Voor de ernstbepaling maken de huisartsen in eerste instantie onderscheid tussen depressieve klachten, een (ernstige)depressie en een complexe ernstige depressie. Zij kijken hierbij naar verschillende factoren zoals de duur van de klachten en beperkingen in het functioneren. Als de depressie zeer ernstig is en er tevens sprake is van suïcidaliteit, psychotische kenmerken of bijkomende problemen (zoals persoonlijkheidsproblematiek), verwijzen de huisartsen naar de tweedelijns-GGZ, indien nodig met spoed. Is dat niet het geval, dan maken de huisartsen doorgaans geen verder onderscheid in de mate van ernst van de depressieve klachten. Het onderscheid tussen depressieve klachten en een depressie wordt ervaren als een glijdende schaal. Eén huisarts telt wel het aantal depressieve symptomen en maakt vervolgens een indeling in licht, matig, ernstig. De huisartsen gebruiken zelf geen instrument om de ernst van de klachten in te schatten. Twee POH's-GGZ nemen wel een vragenlijst of kortdurend interview af om de ernst te bepalen (BDI[22], MINI SCAN[23]).

POH-GGZ: "Het kortdurend interview is voor mij het houvast bij het bepalen van de ernst. Voor mensen is het vaak een hele openbaring als de klachten die ze vaak al heel lang hebben een keer gescoord worden, ik ben dan vaak de eerste die dat scoort. En ik neem de scorelijst dan weer af na vier weken behandeling, dan denken mensen vaak: er is niet veel veranderd, maar als je de vragen dan allemaal langs gaat, zie je toch verandering. De klachten die dan overblijven zijn vaak de rode draad in de klachten van de patiënt, die vaak ook weer opspelen bij terugval."

Beïnvloedende factoren

Omtrent het gebruik van een instrument voor het vaststellen van de ernst komen de volgende beïnvloedende factoren ter sprake:

- *Bij het vaststellen van de ernst van de depressie vinden de meeste huisartsen het gebruik van een instrument niet nodig*
  De huisartsen die geen instrument gebruiken zien geen meerwaarde in het gebruik van een instrument als aanvulling op een gesprek met de patiënt. Verder benoemen

22 Beck Depression Inventory
23 Een verkorte versie van de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

de huisartsen dat het gebruik van een instrument beter past bij het werk van GGZ-hulpverleners, of dat zij onvoldoende kennis hebben van ernstbepaling met behulp van een instrument.

- *De POH's-GGZ en de ELP-en gebruiken vaker dan de huisarts een instrument om de ernst van de depressie vast te stellen*
  De POH's-GGZ en de ELP-en vinden het gebruik van een instrument een prettige manier om de klachten in kaart te brengen en te bespreken met de patiënt. Ze nemen de score op de vragenlijst ook mee in het behandelbeleid.

Toepassen van basisinterventies

De huisartsen en POH'-GGZ zetten basisinterventies in
De huisartsen adviseren hun patiënten onder meer om voldoende te bewegen, naar buiten te gaan, en plezierige activiteiten te ondernemen. Ook de POH's-GGZ geven aan basisinterventies uit te voeren. De ELP-en bieden basisinterventies vaak aan als onderdeel van de behandeling.

> *Huisarts 2: "Ik geef het advies om regelmatig te bewegen omdat dit vaak ook psychische klachten vermindert. En ik geef een dagschema mee, dat mensen ook voldoende activiteiten moeten ontplooien. Ik kom daar in de eerste weken regelmatig met ze op terug, dat ze vertellen hoe dat gegaan is, of hoe dat niet gegaan is."*

Er is veel variatie tussen praktijken in de wijze waarop, of de mate waarin, psycho-educatie gegeven wordt
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 3.2) komt naar voren dat vijf van de zes huisartsen voorlichtingsmateriaal aanbieden aan patiënten met een depressie, variërend van soms tot vaak. Eén huisarts biedt nooit voorlichtingsmateriaal aan. De meeste huisartsen geven aan zelf uitleg te geven over de symptomen en het beloop van een depressie, al dan niet met begeleidende informatie in de vorm van een NHG-patiëntenbrief of een internetverwijzing. Sommige huisartsen laten de psycho-educatie aan de POH-GGZ over. De POH-GGZ beschikt vaak over extra materiaal of internetverwijzingen.

Beïnvloedende factor

- *Het stimuleren van het gebruik van voorlichtingsmateriaal bevordert het verstrekken ervan in de praktijk*
  Huisartsen wijzen op manieren die het verstrekken van voorlichtingsmateriaal kunnen stimuleren, zoals het geven van aandacht voor patiëntinformatie in de NHG-praktijkaccreditering en de beschikbaarheid van betrouwbare websites. De meeste huisartsen vinden voorlichtingsmateriaal een nuttige manier om patiënten te informeren. De huisartsen die niet regelmatig voorlichtingsmateriaal meegeven denken er niet altijd aan of zijn niet bekend met goede internetsites met betrouwbare informatie.

Bieden van stepped care behandeling

Keuze voor behandeling gebeurt in overleg met de patiënt en hangt van veel factoren af
De keuze voor de behandeling wordt in overleg met de patiënt gemaakt. De huisartsen geven aan dat de ernst van de depressie belangrijk is, maar dat veel andere factoren meespelen in de behandelkeuze. Zij noemen onder meer de voorkeur en de hulpvraag van de patiënt, de duur van de klachten, het vermoeden van een klik tussen patiënt en beoogde hulpverlener, de structurele oorzaak van de klachten, hun eigen kennis en vaardigheden, of een financiële bijdrage voor zorg nodig is, het bestaan van een eventuele wachtlijst, en het aanbod in de praktijk/regio. In de meeste praktijken wordt de keuze voor behandeling per individuele patiënt gemaakt. De behandelkeuze kan verschillen tussen huisartsen binnen dezelfde praktijk.

De huisartsen gebruiken het principe van stepped care
De huisartsen die zichzelf voldoende capabel vinden om begeleiding te bieden aan patiënten met een lichte depressie, zien deze patiënten eerst een paar keer zelf. Als patiënten onvoldoende opknappen verwijzen ze alsnog of zetten ze medicatie in. De huisartsen met minder kennis over psychische klachten verwijzen depressieve patiënten direct door naar de POH-GGZ of ELP voor gesprekken. De meeste huisartsen geven aan medicatie niet als eerste stap in te zetten bij de patiënten met een lichte depressie.

> *Huisarts 4: "Met de lichtere depressies ga ik zelf aan de slag. Dan doe ik een consult van 20 minuten, dan een week later en dan met een iets groter interval.[…] En dan zie je wel of iemand zijn balans hervindt. Of toch meer aandacht en gesprekken nodig heeft en dan naar de psycholoog gaat. Of echt ziek is en dat je naar de tweede lijn verwijst."*

De huisartsen die zelf gesprekken voeren met de patiënt volgen doorgaans geen vaste structuur, maar gaan met de patiënt op zoek naar oorzaken van de klachten en naar manieren om hier mee om te gaan (counseling). Ook proberen zij de patiënt te activeren (activerende begeleiding). De geïnterviewde POH's-GGZ, ELP-en en sommige AMW-ers maken gebruik van verschillende methoden, zoals motivational interviewing, cognitief gedragstherapeutische technieken of mindfulness. De meesten geven aan niet met protocollen te werken en binnen de hulpverlening een mix van elementen van de verschillende methoden te gebruiken.

Zelfmanagement, E-health en running therapie worden weinig ingezet
Heel beperkt worden zelfmanagement, e-health interventies en running therapie aangeboden bij patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie (zie bijlage 3, indicator 2.1).

De inzet van effectieve kortdurende interventies gebeurt regelmatig
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst blijkt dat alle deelnemende huisartsen regelmatig tot

vaak eerste stap-interventies en kortdurende interventies (activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies of kortdurende generalistische behandeling) aanbieden aan patiënten met een lichte depressie (zie bijlage 3, indicator 3.3). PST wordt relatief minder vaak aangeboden.

Het systematisch monitoren van klachten ontbreekt als belangrijk onderdeel van de stepped care-aanpak
Voor de toepassing van stepped care is het monitoren van de depressieve symptomen van belang om het effect van de behandeling na te gaan en eventueel de behandeling aan te passen. Huisartsen monitoren de depressieve klachten weliswaar door te vragen hoe het gaat en met gebruikmaking van de klinische blik, maar niet door op gezette momenten gebruik te maken van een instrument dat systematisch relevante symptomen navraagt. Uit de zelfbeoordelingvragenlijst blijkt dat één praktijk gebruikmaakt van een instrument bij het monitoren van de ernst van de depressieve klachten (zie bijlage 3, indicator 3.5). Sommige andere geïnterviewde hulpverleners (POH-GGZ, ELP, AMW-er) gebruiken regelmatig een klachtenlijst (BDI, OQ[24]) of kortdurend interview (MINI-SCAN) om de verandering in de ernst van de klachten te meten.

Farmacotherapie en psychotherapie zijn bekende onderdelen van stepped care
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst blijkt dat alle praktijken regelmatig tot vaak psychotherapie of farmacotherapie aanbieden aan patiënten met een matige tot ernstige depressie (zie bijlage 3, indicator 3.4). Bij een keuze tussen medicatie en psychotherapie wordt rekening gehouden met verschillende factoren, zoals de voorkeur van de patiënt, bijkomende klachten zoals angstklachten of persoonlijkheidsproblematiek, het vermogen tot zelfreflectie (de eigen gedachten, gevoelens en herinneringen tot onderwerp van overdenking maken), de beheersing van de Nederlandse taal van de patiënt, mogelijke bijwerkingen van medicatie en eerdere ervaringen van de patiënt met psychotherapie of medicatie. De huisartsen schrijven antidepressiva veelal zelf voor. Zij geven uitleg over de werking en bijwerkingen van antidepressiva en laten de patiënt op vaste termijnen afspraken maken. Voor psychotherapie verwijzen de huisartsen naar een ELP, een GGZ-instelling of een psychiater/psychotherapeut. Bij (zeer) ernstige of terugkerende depressie verwijzen de meeste huisartsen naar de tweede lijn.

Beïnvloedende factoren
- *Goede samenwerking binnen de eerste lijn zorgt voor meer gerichte verwijzing*
  De huisartsen die intensiever samenwerken met verschillende GGZ-disciplines (vaak onder één dak) lijken meer gericht te verwijzen, omdat zij weten wat het aanbod is van de verschillende GGZ-hulpverleners en ook terughoren van deze hulpverleners welke behandeling er aan de patiënt is gegeven. De POH-GGZ en de huisarts kunnen bovendien direct via het HIS communiceren over patiënten. De huisartsen die minder intensief samenwerken met GGZ-hulpverleners lijken minder goed op

24 Outcome Questionnaire

de hoogte te zijn van het aanbod van deze hulpverleners. Het is de huisartsen ook niet altijd duidelijk voor welke doelgroep een interventie geschikt is, waardoor zij het soms lastig vinden om een patiënt naar de juiste hulpverlener te verwijzen. De financiële bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg en patiëntenvoorkeur kunnen de inzet van eerste stap interventies belemmeren.

- *Een groter aanbod van psychologische interventies lijkt samen te hangen met het minder vaak voorschrijven van medicatie*
  Sommige huisartsen geven aan terughoudender te zijn geworden met het voorschrijven van medicatie door de berichtgeving over de geringe effectiviteit van antidepressiva bij milde depressies, de bijwerkingen en andere negatieve effecten van medicatiegebruik en het grotere aanbod aan psychologische interventies. Andere huisartsen zien medicatie als een goede eerste keuze bij matige tot ernstige depressie. Korte lijnen tussen hulpverleners die in dezelfde praktijk werken lijkt eraan bij te dragen dat er goed overlegd wordt over het al dan niet inzetten van medicatie.

  > *Huisarts 6: "Ik schrijf nu minder medicatie voor. Sinds het doorbraakproject Depressie komt het er minder gauw van. Ik denk ook dat als je meer mogelijkheden hebt, dat je niet zo snel naar het middel van medicatie grijpt. Het is denk ik ook een beetje een armoe, die pillen."*

- *Slechte contacten met de tweede lijn belemmeren doorverwijzing*
  De hulpverleners noemen slechte contacten met de tweedelijns-GGZ als een belemmerende factor voor het bieden van psychotherapie of farmacotherapie bij matige tot ernstige depressie. Omdat er vaak lange wachtlijsten bestaan en omdat zij ontevreden zijn met de informatievoorziening vanuit tweedelijns-GGZ-instellingen, zijn huisartsen terughoudend in het verwijzen naar de tweedelijns-GGZ. Over de spoedeisende hulp bij GGZ-instellingen zijn de meesten wel tevreden. Ook van vrijgevestigde hulpverleners (zoals psychotherapeuten of psychiaters) wordt weinig gebruikgemaakt. Andere genoemde belemmerende factoren voor het bieden van psychotherapeutische of medicamenteuze behandeling zijn patiëntenvoorkeur, de benodigde financiële bijdrage voor behandeling in de tweedelijns-GGZ en (ernstige) bijwerkingen van medicatie.
- *GGZ-hulpverleners (POH-GGZ, ELP, AMW-er) hebben de tijd, kennis en kunde om klachten te monitoren met een instrument*
  De huisartsen die geen gebruikmaken van systematische evaluatie van het beloop van de depressieve klachten met behulp van een instrument noemen als belangrijkste reden dat zij daarvan geen meerwaarde zien. Daarnaast spelen onbekendheid en ervaren tijdsdruk een rol. Een aantal van de geïnterviewde POH's-GGZ, ELP-en en AMW-ers maakt wel vaak gebruik van een instrument bij de evaluatie. Zij hebben ervaring met monitoren, geven aan dat patiënten het prettig vinden en vinden het een goede methode om het beloop van de klachten gestructureerd in kaart te brengen.

Deelgebied 4: Ketenzorg en collaborative care bij terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie

Er bestaan verschillende gradaties in de intensiteit van samenwerking in de eerste lijn
De mate waarin er sprake is van samenwerking verschilt sterk tussen de praktijken. Sommige huisartsen hebben wel verwijskanalen, zoals naar de ELP, het AMW of de tweedelijns-GGZ, maar voeren weinig tot geen overleg met GGZ-hulpverleners. Andere huisartsen werken intensief samen met een POH-GGZ maar niet met andere GGZ-hulpverleners. In de twee praktijken die deelgenomen hebben aan een verbeterproject rond depressiezorg zijn afspraken gemaakt over indicatiestelling en stepped care behandeling binnen de eerste lijn.

> *Huisarts 4: "Wij hebben een werkgroep angst en depressie, die drie keer per jaar overlegt. Daarmee proberen we te zorgen dat iedereen uniform registreert, dat er uniform diagnostiek gedaan wordt, dat we kunnen proberen huisartsen tegen te houden te snel naar de tweede lijn te verwijzen, met behulp van spiegelinformatie, want er is heel veel variatie tussen huisartsen in verwijzingen. We zijn begonnen met het zoeken naar ieders competentie en welke patiënten die hulpverlener dan moet hebben. En toen hebben we die informatiewaaier gemaakt, ook zodat mensen dat zelf kunnen lezen om te kijken wat hen aanspreekt."*

Samenwerking tussen disciplines vindt met name binnen de eerste lijn plaats maar niet tussen de eerste en de tweede lijn
De huisartsen behandelen patiënten met een depressie zoveel mogelijk en waar kan in de eerste lijn. In de praktijken waar een POH-GGZ en/of ELP in de huisartsenpraktijk werkzaam is, wordt er meer overlegd, zowel structureel als ad hoc. Door regelmatig te overleggen zijn de hulpverleners goed op de hoogte van elkaars werkwijze en aanbod. Daardoor kunnen aan de patiënt verschillende behandelalternatieven worden voorgelegd.

Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 4.1) blijkt dat de helft van de huisartsen nooit afspraken maakt met behandelaars over wie wat doet in de behandeling van patiënten met een ernstige of langdurige depressie. De andere helft van de huisartsen doet dit soms tot regelmatig. Bij geen van de praktijken is er sprake van structurele samenwerkingsafspraken met de tweedelijns-GGZ. Er zijn ook geen afspraken over welke patiënten het beste kunnen worden doorverwezen naar de tweede lijn of terugverwezen naar de eerste lijn.

> *Huisarts 5: "Het verschil is: als ik iemand voor een blinde darm naar het ziekenhuis stuur, dan krijg ik diegene weer terug om de hechtingen te doen bijvoorbeeld. Dus dan ben je een soort gemeenschappelijk behandelaar. De GGZ, die zitten toch meer op een eiland en daar horen wij niet bij."*

Documenten over samenwerkingsafspraken ontbreken
In de meeste praktijken zijn geen documenten beschikbaar over samenwerkingsafspraken. In twee van de zes praktijken die deelgenomen hebben aan een verbeterproject rondom depressie, is documentatie beschikbaar over de methode om (veranderingen van) de ernst van de depressie te meten. Ook zijn de behandelmogelijkheden gekoppeld aan de ernst van de depressie (stepped care). Deze werkdocumenten bevatten impliciete aanwijzingen voor afstemming en samenwerking in met name de eerste lijn.

Nazorg op verzoek van de tweede lijn is incidenteel en ad hoc
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 4.2) blijkt dat één huisarts afspraken met de tweedelijns-GGZ heeft over terugverwijzing van patiënten. Er is veel overleg geweest tussen de tweedelijns-GGZ en deze praktijk over verwijzingen over en weer en de informatieoverdracht. De afspraak is dat er een goede rapportage is vanuit de tweedelijns-GGZ naar de huisarts en een beschrijving wat er van de huisarts verwacht wordt aan eventuele vervolgbehandeling. Deze afspraken zijn niet geformaliseerd, maar werken goed.

> *Huisarts 6: "In de ontslagbrief staan ook adviezen over de behandeling, adviezen die aan patiënt zijn gegeven, en daar kan ik dan uit afleiden wat ik eventueel moet doen als het niet goed gaat. Wat van mij verwacht wordt wat betreft het continueren van de medicatie, waar ik me wel en waar ik me niet mee bemoei. Of de patiënt gevolgd moet worden, dat staat er allemaal in."*

Bij de andere huisartsen verloopt terugverwijzing moeizaam omdat de berichtgeving summier is en vaak laat komt. Incidenteel belt een behandelaar vanuit de GGZ om de cliënt over te dragen.

> *Huisarts 1: "Als ze in de tweede lijn zijn, dan is het afhankelijk van het initiatief van de tweede lijn. Soms bellen ze voor afspraken of ze zeggen 'wil je nog dit of dat voor ons doen.' Maar daar heb ik niet de touwtjes in handen."*

Beïnvloedende factoren
Omtrent samenwerking komen de volgende beïnvloedende factoren ter sprake:

- *Goede samenwerking in de eerste lijn bevordert de onderlinge afstemming rondom patiënten*
  De huisartsen met goede contacten met de andere eerstelijns-GGZ-zorgverleners blijven over het algemeen betrokken bij de behandeling, zelfs na doorverwijzing. Er is overleg over individuele patiënten waardoor de zorg gezamenlijk wordt geleverd. De meeste huisartsen noteren in het HIS waar een depressieve patiënt zorg ontvangt. Afspraken over wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is worden meestal niet expliciet genoteerd.

- *Goede berichtgeving vanuit de tweede lijn is de eerste stap naar een betere samenwerking*
  De huisartsen geven aan dat gezamenlijk behandelen moeilijk is omdat de berichtgeving en de bereikbaarheid van de tweedelijns-GGZ-instellingen te wensen over laat. De huisarts die samenwerkt met een vrijgevestigd psychiater is hier wel tevreden over, omdat zij elkaar goed kennen. Eén huisarts is wel tevreden over de informatievoorziening vanuit een GGZ-instelling. De betreffende GGZ-instelling heeft een kwaliteitsindicator gemaakt van berichtgeving naar de huisarts.

> *Psychiater Huisarts 1: "Onze instelling heeft ontzettend ingezet op de informatievoorziening naar de huisarts. Uit alle onderzoeken naar patiënttevredenheid bleek dat dat het zwakke punt was. Toen zijn er kwaliteitsindicatoren vastgesteld en alle afdelingen moeten een 8 hebben op dit onderdeel. Vandaar dat we daar heel fors op hebben ingezet."*

Financiële prikkels kunnen samenwerking tussen de eerste en tweede lijn bevorderen
Een geïnterviewde psychiater uit een deelnemende GGZ-instelling geeft aan meer ondersteuning te bieden in de eerste lijn, omdat er een financiële prikkel vanuit de zorgverzekeraar is gegeven om diensten, zoals consult, te leveren aan de eerste lijn.

Deelgebied 5: Terugvalpreventie, herstel en participatie

Terugvalpreventie bestaat vooral uit continuering van de medicatie en incidentele contacten
Uit de zelfbeoordelingvragenlijst (zie bijlage 3, indicator 5.1) blijkt dat alle zes de huisartsen soms tot vaak medicamenteuze onderhoudsbehandeling bieden als vorm van terugvalpreventie aan patiënten die antidepressiva als behandeling hebben gekregen en die hersteld zijn. Vijf huisartsen verlenen daarnaast laagfrequente contacten. Eén huisarts maakt gebruik van een signaleringsplan.

De huisartsen zien het als een voordeel van de huisartsenpraktijk dat ze de meeste mensen toch wel regelmatig zien voor een andere klacht, op deze manier houden zij patiënten in zicht.

> *Huisarts 2: "Mensen zijn weer welkom als de klachten weer toenemen, ze weten dat de deur altijd open staat."*

De POH-GGZ en ELP besteden meer aandacht aan terugvalpreventie
De deelnemende POH's-GGZ en ELP-en bieden terugvalpreventie in de vorm van geplande follow up-contacten. Het herkennen van signalen van terugval wordt aan het eind van de behandeling met de patiënten besproken. Wanneer mensen toch terugvallen sluit de GGZ-hulpverlener weer aan op wat eerder werkte. De huisartsen, POH's-GGZ en ELP-en geven aan dat zij behoefte hebben aan duidelijkheid over specifieke interventies voor het voorkomen van terugval en voor welke patiënten deze interventies meerwaarde hebben.

Praktijken bieden bij chronische depressie met name onderhoudscontacten
Praktijken hebben geen specifieke aanpak voor chronische depressie. Chronisch depressieve patiënten worden met name door de huisarts en de POH-GGZ gezien voor onderhoudscontacten. Uit de zelfbeoordelingvragenlijst blijkt dat vijf van de zes huisartsen geen specifiek aanbod hebben voor patiënten met een chronische depressie (zie bijlage 3, indicator 5.2).

> *Huisarts 6: "Ik doe niet zo veel met mensen die chronische klachten hebben. Er zijn patiënten die gewoon alleen maar hun medicatie krijgen. En die medicatie zie ik dan af en toe voorbij komen en die patiënt zie ik af en toe voorbij komen met iets anders. Soms komt het dan wel eens ter sprake, van hoe gaat het met je. Maar dat is alles."*

Eén huisarts biedt regelmatig structurele begeleiding aan patiënten met een chronische depressie (zie bijlage 3, indicator 5.2), waarbij zij hun probeert te ondersteunen waar nodig om verergering van de klachten te voorkomen.

De huisartsen geven aan dat chronisch depressieve patiënten vaak veel problemen hebben, ook op maatschappelijk gebied. Sommige patiënten hebben al veel hulpverleners gezien, of willen geen behandeling in de GGZ en komen alleen nog af en toe bij de huisarts, die dan probeert om escalatie van problemen te voorkomen.

> *Huisarts 5: "Als huisarts weet je wel dat je blij mag zijn als sommige mensen niet ontsporen. Dat is bijvoorbeeld bij één mevrouw, die is altijd heel somber. Die ga ik niet vrolijk maken. Alleen hoop ik dat ze op tijd naar mij toe komt, elke keer als er wat is. Dus ik probeer ervoor te zorgen dat ze heel laagdrempelig naar mij toe kan komen, dat is dan mijn doel."*

Sommige van de geïnterviewde POH's-GGZ, ELP-en en AMW-ers begeleiden incidenteel patiënten met chronische klachten. Zij vinden dit een lastige doelgroep, omdat er vaak sprake is van problematiek op veel gebieden en de behandeling niet gericht is op herstel. De ELP-en en POH's-GGZ noemen onder meer bewegen, ontmoetingsplekken, mindfulness en het bevorderen van sociale contacten als geschikte interventies voor mensen met chronische klachten.

Huisartsen controleren patiënten bij langdurig antidepressivagebruik
Een aantal van de deelnemende huisartsen laat patiënten die langdurig antidepressiva gebruiken regelmatig terugkomen. Dan bespreken ze de medicatie, de eventuele wens om af te bouwen en hoe het gaat op verschillende levensgebieden van de patiënt. Zij ervaren dit als lastig, omdat veel patiënten ondanks verbeterd functioneren, bang zijn om te stoppen met de medicatie. Praktijken die mee hebben gedaan aan een project over verantwoord medicatiegebruik hebben hier beleid op gemaakt. Andere huisartsen leggen het initiatief bij de patiënt en vragen soms hoe het gaat als de patiënt voor iets anders op het spreekuur komt.

Nazorg op verzoek van de tweede lijn is ad hoc
Geen van de deelnemende huisartsenpraktijken werkt structureel samen met de tweede lijn in de zorg voor chronische patiënten. Als een patiënt wordt terugverwezen uit de tweede lijn voor onderhoudsbehandeling, wachten de huisartsen tot de patiënt contact opneemt. Een psychiater die deelnam aan een groepsinterview geeft aan dat dit een onderdeel zou kunnen zijn waarbij de tweedelijns-GGZ de eerste lijn zou kunnen ondersteunen.

Beïnvloedende factoren
De belangrijkste beïnvloedbare factoren die genoemd werden zijn:

- *Het is onduidelijk voor welke patiënten terugvalpreventie en chronische ondersteuning meerwaarde heeft*
  De meeste huisartsen zijn van mening dat de patiënt zelf contact moet zoeken om verergering van de klachten te voorkomen. Een aantal huisartsen denkt dat terugvalpreventie en ondersteuning bij chronische klachten zinvol kan zijn, maar zij willen dan wel duidelijk weten voor welke doelgroep dit geldt. De huisartsen zijn meestal niet bekend met het aanbod van GGZ-instellingen op het gebied van terugvalpreventie.
- *Er zijn weinig (hulp)middelen beschikbaar om terugvalpreventie en zorg voor chronische patiënten te bieden in de eerste lijn*
  De hulpverleners geven aan dat zij voor het structureel bieden van terugvalpreventie en zorg aan chronisch depressieve patiënten extra middelen nodig hebben. Dit zou een ruimere beschikbaarheid van de POH-GGZ kunnen zijn. Daarnaast zijn zij niet bekend met specifieke interventies voor terugvalpreventie en met modules voor chronische zorg in de eerste lijn.

Bijlage 3
Resultaten van de zelfbeoordelingvragenlijst

		Huisarts 1	Huisarts 2	Huisarts 3	Huisarts 4	Huisarts 5	Huisarts 6
1.1 Gebruik van een screeningslijst bij patiënten bij wie een depressie wordt vermoed	Ja/nee	Ja MINI-SCAN	Ja 4DKL	Nee	Ja 4DKL	Nee	Ja 4DKL
	% patiënten	25-50%	1-25%	0%	75-100%	0%	50-75%
2.1 Aanbieden van zelfmanagement en/of e-health interventies aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie	Ja/nee	Ja Bibliotherapie	Ja Fysieke inspanning, groepscursussen	Nee	Ja Fysieke inspanning, groepscursussen	Nee	Ja Fysieke inspanning, groeps cursussen, bibliotherapie
	% patiënten	1-25%	75-100%	0%	25-50%	0%	25-50%
3.1 Meten van de ernst van de depressie voorafgaand aan eventuele behandeling	Ja/nee	Ja MINI-SCAN	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja BDI
	% patiënten	1-25%	0%	0%	0%	0%	50-75%
3.2 Aanbieden van voorlichtingsmateriaal aan patiënten met een depressie	Ja/nee	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
	% patiënten	75-100%	1-25%	0%	1-25%	1-25%	25-50%
3.3 Aanbieden van eerste stap en kortdurende interventies aan patiënten met een lichte depressie	Ja/nee	Ja Activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies, kortdurende generalistische behandeling	Ja Activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies, PST, kortdurende generalistische behandeling	Ja Activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies, PST, kortdurende generalistische behandeling	Ja Activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies, PST, kortdurende generalistische behandeling	Ja Activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies, PST, kortdurende generalistische behandeling	Ja Activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies
	% patiënten	50-75%	75-100%	25-50%	75-100%	25-50%	50-75%
3.4 Aanbieden van psychotherapie en/of farmacotherapie aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie	Ja/nee	Ja Psychotherapie, antidepressiva	Ja Psychotherapie, antidepressiva	Ja Psychotherapie, antidepressiva	Ja Psychotherapie, antidepressiva	Ja Psychotherapie, antidepressiva	Ja Psychotherapie, antidepressiva
	% patiënten	50-75%	75-100%	75-100%	50-75%	25-50%	75-100%
3.5 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten met een gevalideerd instrument	Ja/nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja (BDI)
	% patiënten	0%	0%	0%	0%	0%	25-50%

		Huisarts 1	Huisarts 2	Huisarts 3	Huisarts 4	Huisarts 5	Huisarts 6
4.1 Maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie (wie doet wat)	Ja/nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee
	% patiënten	25-50%	0%	0%	weet niet	25-50%	0%
4.2 Maken van afspraken over terugverwijzing van patiënten uit de tweede lijn	Ja/nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja
5.1 Aanbieden van terugvalpreventie	Ja/nee	Ja Continuering medicatie	Ja Continuering medicatie, laagfrequente contacten	Ja Continuering medicatie, laagfrequente contacten	Ja Signalerings- of teruval preventieplan, continuering medicatie, laagfrequente contacten	Ja Continuering medicatie, laagfrequente contacten	Ja Continuering medicatie
	% patiënten	25-50%	75-100%	75-100%	weet niet	25-50%	1-25%
5.2 Aanbieden van structurele begeleiding aan patiënten met een chronische depressie (die zijn terugverwezen uit de tweede lijn)	Ja/nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee
	% patiënten	0%	0%	0%	50-75%	0%	0%

Aantal top-drie noteringen van indicatoren die door de huisartsen werden gezien als meest belangrijk voor de depressiezorg in Nederland en als belangrijkste verbeterpunt in de eigen praktijk

Indicator	Aantal top-drie noteringen belangrijkste onderdelen in de depressiezorg	Aantal top-drie noteringen verbeteringen in de eigen praktijk
1.1 Gebruik van een screeningslijst bij patiënten bij wie een depressie wordt vermoed	2 (huisarts 2 & 6)	1 (huisarts 1)
2.1 Aanbieden van zelfmanagement en/of e-health interventies aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie	3 (huisarts 3, 5 & 6)	2 (huisarts 4 & 5)
3.1 Aanbieden van voorlichtingsmateriaal aan patiënten met een depressie	2 (huisarts 1 & 5)	2 (huisarts 4 & 5)
3.2 Meten van de ernst van de depressie voorafgaand aan eventuele behandeling	2 (huisarts 1 & 4)	1 (huisarts 3)
3.3 Aanbieden van eerste stap en kortdurende interventies aan patiënten met een lichte depressie	4 (huisarts 2, 3, 4 & 6)	0
3.4 Aanbieden van psychotherapie en/of farmacotherapie aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie.	5 (huisarts 1, 2, 3, 4 & 5)	0
3.5 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten met een gevalideerd instrument	0	2 (huisarts 2 & 3)
4.1 Maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie (wie doet wat)	0	5 (huisarts 1, 2, 3, 5 & 6)
4.2 Maken van afspraken over terugverwijzing van patiënten uit de tweede lijn	1 (huisarts 1)	0
5.1 Aanbieden van terugvalpreventie	0	2 (huisarts 4 & 6)
5.2 Aanbieden van structurele begeleiding van patiënten met een chronische depressie (die zijn terugverwezen uit de tweede lijn)	1 (huisarts 4)	2 (huisarts 2 & 6)

Bijlage 4
Overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren per indicator

+ is bevorderende factor, - is belemmerende factor

Deelgebied 1: Vroege onderkenning en geïndiceerde preventie		
Indicator 1.1 Gebruik van een screeningslijst bij patiënten bij wie een depressie wordt vermoed		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator	Voordelen vragenlijst: klachten bespreekbaar maken, onderscheid maken in angst/stress/depressie / somatisatie	Nadelen vragenlijst: lengte, vraagstelling
Hulpverlenersfactoren	Hulpmiddel om gesprek aan te gaan met patiënt	Onbekendheid met vragenlijst; Ervaren tijdsdruk
Organisatorische factoren	Afspraken binnen praktijk over afname vragenlijst; Deelname aan verbeterproject depressie	
Deelgebied 2: zelfmanagement en e-health interventies		
Indicator 2.1 Aanbieden van zelfmanagement en/of e-health interventies aan patiënten met depressieve klachten of een lichte depressie		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator	Voordelen interventie: veel informatie, goede oefeningen; Waardering van de principes van zelfmanagement	Onduidelijk voor welke doelgroep interventies geschikt zijn; Nadelen interventies: ontbreken contact met hulpverlener
Hulpverlenersfactoren	Goede ervaringen met e-health programma; Interesse om interventies zelf te begeleiden	Depressie lijkt geen geschikte aandoening voor e-health; Twijfel over effectiviteit interventies; Onbekendheid met aanbod; Collega's werken er niet mee; (Nog) geen tijd om zich hier in te verdiepen; Ontbreken van scholing; Minder zelf kunnen behandelen
Patiëntfactoren		Niet goed gebruik kunnen maken van internet; Voorkeur voor een andere aanpak
Organisatorische factoren	Interventies worden aangeboden door lokale hulpverleners; Indicator onderdeel van beleid gezondheidscentrum	Aanbod groepscursus kan vaak alleen met verwijzing naar GGZ
Maatschappelijke factoren		Onduidelijkheid over financiering

Deelgebied 3: Diagnostiek en behandeling volgens het stepped care model		
Indicator 3.1 Meten van de ernst van de depressie voorafgaand aan eventuele behandeling		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator	Voordeel instrument: gestructureerde manier van uitvragen	
Hulpverlenersfactoren	Ernstmeting geeft inzicht in klachten en helpt bij bepalen behandelbeleid	Geen meerwaarde zien van gebruik meetinstrument bij ernstbepaling; Gebrek aan kennis en vaardigheden om ernst vast te stellen; Ervaren tijdsdruk; Opvatting dat dit geen taak is voor de huisarts
Patiëntfactoren	Prettig voor patiënt om klachten geobjectiveerd te zien	
Organisatorische factoren	Deelname aan verbeterproject depressie; POH-GGZ in praktijk die ernstmeting kan doen	
Indicator 3.2 Aanbieden van voorlichtingsmateriaal aan patiënten met een depressie		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator	Voordelen folder: patiënt kan informatie nog eens rustig nalezen; Bestaan van betrouwbare websites zoals thuisarts.nl	
Hulpverlenersfactoren		Vergeten NHG-patiëntenbrieven te overhandigen; Onbekendheid met goede websites; Mondelinge uitleg als voldoende ervaren
Patiëntfactoren	Patiënten hebben behoefte aan verschillende wijzen van aanbieden van informatie	Niet goed kunnen lezen
Organisatorische factoren	Makkelijke toegang tot voorlichtingsmateriaal	
Maatschappelijke factoren	Aandacht voor patiëntinformatie in NHG-praktijkaccreditering	
Indicator 3.3 Aanbieden van eerste stap en kortdurende interventies aan patiënten met een lichte depressie		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator	Onduidelijk voor welke doelgroep interventies geschikt zijn	
Hulpverlenersfactoren	Interesse in GGZ; Goede kennis van aanbod GGZ hulpverleners; Twijfels over effectiviteit antidepressiva	Onbekendheid met interventies; Te weinig kennis en vaardigheden; Geen meerwaarde zien t.o.v. huidige manier van werken
Patiëntfactoren	Geen aanvullende verzekering	Aanvullende verzekering; Patiënt heeft voorkeur voor een andere aanpak

Organisatorische factoren	Goede samenwerking met POH-GGZ en/of eerstelijnspsycholoog; Afspraken binnen de praktijk; Deelname aan verbeterproject depressie	
Maatschappelijke factoren		Financiële voorwaarden voor hulpverlening: eigen bijdrage, eigen risico
Indicator 3.4 Aanbieden van psychotherapie en/of farmacotherapie aan patiënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie.		
Factoren	+	-
Hulpverlenersfactoren	Overtuiging dat patiënt specialistische zorg nodig heeft	Twijfel over effectiviteit medicatie/ psychotherapie; Bijwerkingen medicatie
Patiëntfactoren	Positieve ervaringen met GGZ/ medicatie	Geen psychotherapie/medicatie willen; Slechte ervaringen met GGZ
Organisatorische factoren		Slechte contacten met GGZ; Wachtlijsten GGZ
Maatschappelijke factoren		Financiële voorwaarden voor hulpverlening: eigen bijdrage, eigen risico
Indicator 3.5 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten met een gevalideerd instrument		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator	Voordelen ernstmeting: objectieve maat die goed laat zien welke aspecten van depressie verbeteren	
Hulpverlenersfactoren	POH-GGZ ervaart dat meetinstrumenten meerwaarde hebben	Geen meerwaarde t.o.v. klinische blik, vindt huisarts; Ervaren tijdsdruk; Onbekendheid met instrumenten
Patiëntfactoren	Meetinstrumenten brengen objectiviteit in, laten eventuele vooruitgang zien	
Organisatorische factoren	POH-GGZ in praktijk die meting kan uitvoeren; Deelname aan depressie verbeterproject	
Deelgebied 4: Ketenzorg en collaborative care bij terugkerende of direct ernstige of langdurige depressie		
Indicator 4.1 Maken van samenwerkingsafspraken als meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt met (ernstige of langdurige) depressie (wie doet wat)		
Factoren	+	-
Hulpverlenersfactoren	Korte lijnen waardoor er regelmatig contact is tussen disciplines vergemakkelijken de samenwerking	Onbekendheid met elkaars zorgaanbod

Organisatorische factoren	Algemene afspraken binnen de eigen praktijk; Deelname aan een verbeterproject; Aanwezigheid meerdere disciplines binnen eigen praktijk; Digitale communicatie over patiënten (tijdige berichtgeving); POH-GGZ in de praktijk	Slechte contacten met GGZ; Ontbreken van gezamenlijke verantwoordelijkheid
Maatschappelijke factoren	De financiële stimulansen in de zorg.	Financiële drempels voor patiënten; De financiering van zorg
Indicator 4.2 Maken van afspraken over terugverwijzing van patiënten uit de tweede lijn		
Factoren	+	-
Hulpverlenersfactoren	Korte lijnen waardoor er regelmatig contact is tussen disciplines vergemakkelijken de samenwerking	Ontbreken van korte lijnen bemoeilijkt de samenwerking
Organisatorische factoren	Telefonisch contact vanuit GGZ; Goede verslaglegging door GGZ	Ontbreken gezamenlijke verantwoordelijkheid; Niet willen samenwerken met de GGZ
Maatschappelijke factoren	De financiële stimulansen in de zorg	Financiële drempels voor patiënten; De financiering van zorg
Deelgebied 5: Terugvalpreventie, herstel en participatie		
Indicator 5.1 Aanbieden van terugvalpreventie		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator		Onduidelijk aan wie terugvalpreventie moet worden aangeboden
Hulpverlenersfactoren	Expertise en capaciteit POH-GGZ	Tevredenheid met huidige situatie; Onbekendheid met interventies voor terugvalpreventie; Opvatting dat initiatief voor contact bij patiënt moet liggen
Patiëntfactoren	Komen vanzelf weer in de praktijk en blijven daardoor in zicht	
Organisatorische factoren	Goede contacten tussen tweede lijn en ELP; POH-GGZ in de praktijk; Speerpunt voor samenwerking met de tweedelijns-GGZ	
Maatschappelijke factoren	Financieel stimuleren dat samenwerking tussen eerste en tweede lijn plaatsvindt; Financieel stimuleren dat patiënt tijdig terug gaat naar de eerste lijn	Financiële drempels voor samenwerking tussen eerste en tweede lijn
Indicator 5.2 Aanbieden van structurele begeleiding aan patiënten met een chronische depressie (die zijn terugverwezen uit de tweede lijn)		
Factoren	+	-
Kenmerken van de indicator		Onduidelijk voor wie deze zorg een meerwaarde heeft en hoe dit ingericht moet worden

Hulpverlenersfactoren	Expertise huisarts in GGZ	Gebrek aan kennis, vaardigheden eerstelijns-hulpverleners; Minder affiniteit met doelgroep (zorg is niet gericht op herstel)
Patiëntfactoren	Komen vanzelf weer in de praktijk en blijven daardoor in zicht	Geen zorg willen; Minder therapietrouw
Organisatorische factoren	Deelname aan project verantwoord medicatiegebruik; POH-GGZ in praktijk; GGZ die speerpunt maakt van samenwerking met de eerstelijns-GGZ	Ontbreken van informatie/ interventies over zorg chronische patiënten; Vergt een investering om dit op te zetten
Maatschappelijke factoren	Door de eigen bijdrage en het eigen risico in de tweedelijn komen patiënten zodra het weer kan terug in de eerste lijn; Financieel stimuleren dat samenwerking tussen eerste en tweede lijn plaatsvindt	Depressie is geen aandachtsgebied in NHG praktijkaccreditering



In dit rapport wordt aan de hand van een verkennend en kwalitatief onderzoek zicht verkregen op hoe de werkelijke depressiezorg in de huisartsenpraktijk zich verhoudt tot de wenselijke zorg zoals beschreven in de concept Zorgstandaard Depressie, en op de beïnvloedende factoren. De bevindingen geven aanknopingspunten voor het verbeteren van de kwaliteit van de depressiezorg in de eerste lijn, voor de doorontwikkeling van de Zorgstandaard Depressie, en voor verder onderzoek.

Dit rapport is uitgebracht in het kader van de Trendrapportage GGZ 2012. Publicaties in het kader van de Trendrapportage verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Trimbos instituut

www.trimbos.nl

ISBN: 978-90-5253-742-9